

N Ó V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. április, 22. évfolyam 2. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői <i>Erdősi Erika, Tulkán Ibolya, Papp László, Nagy Erika, Helembai Kornélia, CSc. PH.D.</i>	3
„Hogyan élnek ők” – A sztómával élő betegek rehabilitációja <i>Szabó Mária, Raskovicsné Csernus Mariann, Deák Gyuláné</i>	13
A betegklubok hatása az osteoporosisban szenvedő betegek életmódjára és ismereteire <i>Szabó Jánosné</i>	22
MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990–2008. között <i>Dr. Vas Gábor, Dr. Kóti Csaba, Imhof Gábor, Dr. Ágoston István, Dr. Vas Bálint, Dr. Betlehem József, Kresák Gergely, Dr. Boncz Imre</i>	31
KITEKINTÉS Apró érdekességek a mikrobiológia világából <i>Németh Krisztina</i>	38

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NÓVÉR 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 NÓVÉR 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 Nóvérben 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.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 22. No.2. April 2009

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

- Defining levels of empathy and assertiveness among nursing students
Erdősi, E., Tulkán, I., Papp, L., Nagy, E., Helembai, K. 3
- "How they live" — The rehabilitation of patients living with stomas
Szabó, M., Raskovicsné Csernus, M., Deák, Gy. 13
- The impact of patients' clubs on the lifestyle and awareness of osteoporosis sufferers
Szabó, J. 22
- COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING**
- Hospital bed numbers in Hungary between 1990 and 2008
Vas, G., Kóti, Cs., Imhof, G., Ágoston, I., Vas, B., Betlehem, J., Kresák, G., Boncz, I. 31
- OUTLOOK**
- Tiny marvels from the world of microbiology
Németh, K. 38

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

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: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. 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

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, BudapestProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, BudapestDr. Rácz Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, BudapestSomogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, BudapestSövényi 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

Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői

Erdősi Erika

főiskolai docens,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Tulkán Ibolya

főiskolai docens,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Papp László

adjunktus,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Nagy Erika

tanársegéd,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Helembai Kornélia CSc., Ph.D.

tanszékvezető főiskolai tanár,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: meghatározni az ápolóhallgatók körében az empátia, a szociális intelligencia mértékét, jellemzőit az asszertivitás függvényében.

Vizsgálati módszerek és minta: empátia kérdőív; Szociális Intelligencia Teszt I.; Rathus-teszt. A szerzők kutatásukat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végezték nappali (N=84 fő) és levelező (N=266 fő) tagozatos ápolóhallgatók körében. A kutatásban összesen 350 fő vett részt.

Eredmények: a vizsgált minta átlag feletti empátiaszinttel rendelkezik, ugyanakkor azokban az esetekben, amelyek fokozottan próbára teszik az egyén beleérző képességét, az empátia szintjének csökkenése figyelhető meg. A viselkedési implikációk felismerése a minta 71,6%-nak jelent az átlagosnál nagyobb nehézséget. A faktorok közötti összefüggések vizsgálata arra mutat rá, hogy a nonasszertív magatartás egyik alapvető oka az a tény, miszerint az ápolóhallgatók jelentős hányada nem képes az empátiára épülő „other-centered” attitűd (kliensközpontú beállítódás) és a saját érdek képviselőnek következetes összeegyeztetésére.

Következtetések: a társas hatékonyság szempontjából az empátia centrális tényezőnek bizonyult, ezért fogalmi tisztázására, fejlesztésére különös figyelmet kell fordítani a képzés során.

A probléma ismertetése

A változó világ hatása érinti az egészségügyi ellátórendszer egészét, így az ápolás területét is. Mindennapi elvárás a költség-hatékony, minőségi szolgáltatás, az ápolási idő lerövidítése, és mindez többnyire az eddigiekhez képest alacsonyabb ápolói létszám igénybe vétele mellett.

Az elvárásokat több szempontból is nehéz teljesíteni. Ennek egyik oka az, hogy a mélyen gyökerező szakmai hagyományok miatt az ápolók sok esetben még mindig félreértelmezik feladatukat. A problémák megoldása során olyan feladatokat vállalnak magukra, amelyek az altruizmus kategóriájába tartoznak. Teljesen átvehetik a betegség leküzdése iránti felelősséget, a gyógyulni akarást akkor is, amikor a

beteg számára adott a közreműködés lehetősége.

Az altruista élménymód azonban nem lehet folytonos. Az emberi pszichés teljesítőképesség legmagasabb funkcióiról van szó, amelynek senki sincs állandóan a birtokában, és amellyel lehet élni, azonban visszaélni nem tanácsos vele, mert ezen nemes emberi erőforrás kapacitása rendkívül sérülékeny, könnyen kimerülhet, és ez akár a kiegészítő állapotához is vezethet.

Ez a viszonyulás messze meghaladja az empatikus magatartás határait, ráadásul szakmailag is erősen megkérdőjelezhető. Az ilyen magatartás, bár jó szándékú, de szakmailag nem kedvező. Elmarad a beteg/kliens bevonása, és ez akadályozza a beteget az autonómia visszaszerzésének folyamatában, vagy még rosszabb esetben kialakítja, és/vagy konzerválja a függőség állapotát.

A szolgáltatás igénybe vevőit ezért ugyancsak érinti a változás, mivel az egészségügyi ellátó rendszer partnerséget vár el a betegektől és a hozzátartozóktól, amely a tudatos betegségi létezés és problémamegoldás nélkül nem valósulhat meg.

Az ápolásban a legfőbb cél a beteg erőforrásainak mozgósítása, amelynek segítségével a beteg/kliens legyőzheti a nehézségeket. Az ápolónak, mint kulcsfigurának szerepe a segítséget kérők támogatása „feladatuk” megoldásában, amelyhez szükséges a betegek és kliensek szükségleteinek és igényeinek a pontos ismerete.

Az ápolás alapvető követelménye a foglalkozás betöltőjének önmagához, valamint a másokhoz való viszonyulásának tudatos és felelősségteljes irányítása. Ez megköveteli a szükséges potenciálok, így az empátia pontos ismeretét és alkalmazását is, amelyek nélkül a szakmailag kívánatos támogató kapcsolatok kialakítása és megvalósítása nem lehetséges (Helembai, 1989).

Elméleti háttér

Amikor segítünk valakinek, akkor a segítő szerepét töltjük be. Segíthetünk önzetlenül, vagyis nem szabunk feltételt, és haszon sem származik belőle a segítő részére. A jelenséget altruizmusnak nevezzük,

amely a hétköznapi életben meglehetősen ritka jelenség.

Az ápolás, mint foglalkozás megfontolást érdemel az altruizmus szempontjából. Megállapítható, hogy a foglalkozás betöltője a munka ellenértékéeként -ha sokszor vitatott mértékben is- fizetésben részesül. Súlyos létszámhiány mellett, túlterhelt körülmények között is vállalhatja valaki a munkát, hogy státusát megtarthassa, vagy kivívja a munkatársainak, vezetőinek elismerését.

Az ápolási tevékenység elemei és a végrehajtás módja normatív módon szabályozott. A tevékenységek előírásoknak megfelelő megvalósítása és az interperszonális követelmények teljesítése ellenőrizhető, a mulasztások szankcionálhatók. Az ápolás tehát ebből a megközelítésből nem tekinthető altruista foglalkozásnak. Az altruista viselkedés, az önzetlen magatartás olyan pozitív társas viselkedés, amely szándéka szerint egy másik ember javát szolgálja, és amelyet a cselekvő annak ellenére hajt végre, hogy tehetne másképpen is. A segítő saját szempontjait, folyamatban lévő terveit, személyes érdekét, bizonyos esetekben még a testi épségét is kockáztatva fordul a segítséget kérő felé (az ápolásban ilyen helyzetek ritkán adódnak, de tűzvész, katasztrófák áldozatainak mentése és hasonló extrém alkalmak során ez előfordulhat). A „saját én” szolgálata helyett a segítséget kérő szolgálatába áll, és megküzdési stratégiáit mások számára felajánlja. Ebből a megközelítésből az ápolás altruista vonása elismerhető. Az altruizmus nem más, mint az empátia interperszonális kimenetele, de nem azonos vele.

A társas viselkedésben igen lényeges az emberi dolgok iránti érdeklődés és az önzetlen odafordulás, amely mindenekelőtt a kommunikációk iránti nyitottságot, és egyúttal őszinteséget, valamint kongruenciát követel a viselkedésben.

A szakmai eredményesség mindig a munkát végző ember teljesítménye, aki adottságai, képességei alapján a gyakorlatban alakítja ki a foglalkozás követelményeit, és alkalmazkodik is azokhoz. Így a szociális kompetenciának integráns része a szakmai kompetencia, amelynek megalapozása és kialakítása döntő mértékben a szakmai képzés feladata.

A szakmai kompetenciát nem elég csak az objektív tudás oldaláról megközelíteni, hanem az interperszonális kapcsolatokról szóló tudás területét is fel kell tárni (Helembai, 1999). Az empátia ugyanis a szakmai - interperszonális kompetencia egyik központi eleme, része a foglalkozás számon kérhető, bár nagyon nehezen mérhető elemeinek.

Az empátia területének kutatói egyetértenek abban, hogy az empátia olyan képességünk, amely lehetővé teszi azt, hogy mások tapasztalataiba, érzéseibe beleéljük magunkat — tudva azt, hogy azok mások érzései és tapasztalatai — anélkül, hogy „elvezítsenénk önmagunkat” a folyamat során. Kedvezőtlen hatást gyakorolhat az empátiás készség alakulására a félelem, a szorongás és valamennyi testi diszkomfort érzettel járó állapot.

Az empátia tág értelmezése az úgynevezett primér empátia fogalmával írható le. A másik ember megfigyelése alapján a megfigyelő visszajelzi a másik érzéseit anélkül, hogy azokat a saját érzéseivel, gondolataival összekeverné.

A pontos empátia, vagy szakszerű empátia a másik ember közvetlenebb befolyásolását jelenti, amelynek elsajátítása szisztematikus felkészülés alapján lehetséges.

Az empátia során tehát a mások által kibocsátott érzelmi jelzéseket felfogjuk és feldolgozzuk. Empátiává akkor válik, ha a kognitív feldolgozás eredményeként a másik ember rejtett jelzéseit és a megértett összefüggéseket saját magunk számára megnevezzük és értelmezzük. Ennek alapján az empátia a másik emberre irányuló tudatos figyelmet, szándékos odafordulást és értelmi feldolgozást kíván. Az ilyen alapokon megjelenő viszonyulást nevezhetjük empatikus magatartásnak.

Az empátiát gyakran helytelenül értelmezik. Nem empátiáról van szó akkor, ha a tapasztalataink alapján előre következtünk a mások viselkedésére, vagy érzelmeire. Mivel a saját kommunikációs üzenetek viszontreakciókat indukálnak, így könnyen vezethetnek -önbeteljesítő jóslatokként- „jó emberismerethez”.

Az empátiát gyakran a szimpátia jelenségével azonosítják. Ha valamilyen hasonló

élményben volt már része valakinek, akkor könnyebben átérezheti a másik helyzetét. Nem szabad elfelejteni, hogy ebben az esetben az egyén a saját maga érzelmeire fókuszál, amelyeknek ilyen módon nem sok köze van a másik által kibocsátott érzelmi jelzésekhez.

Nem empátia az érzelmek spontán átragadása, mint ahogyan a különböző érintkezési jelek alaposabb ismerete sem. (A siketnémák jelrendszere verbális közlésnek minősül!). Azok az emberek, akik foglalkozásuk közben tudatosan törekszenek a mások által nem tudatosan kibocsátott érzelmi jelzések felfogására, és annak alapján a viselkedésben is megjelenő válaszolásra, azok sokszor szándékosan utánoznak bizonyos megnyilvánulásokat a jelzések megértése, a pontos empátia elsajátítása érdekében. Az ápolás ezeknek a foglalkozásoknak a körébe tartozik.

Az empátia a társas kapcsolatokban alakul ki és fejlődik. Gyermekkorban az empátia kifejezett, serdülőkorban inkább háttérbe húzódik, majd az öregkorig fokozatosan csökken. A felnőttkor kedvez az empátia felébresztésének és fejlesztésének leginkább. A hivatás gyakorlása és a tudatos önalakítás ezt kedvezően és jelentősen módosíthatja.

Az empátia pszichológiai lényege tehát a „nem verbális kommunikáció és metakommunikáció felfogásának, tudatosításának és alkalmazásának képessége, amely a kognitív feldolgozás eredményeként *jelentősen csökkenti az emocionális feszültséget.*” (Buda, 1990).

Ennek alapján a szakmai magatartás rugalmas alakításának feltétele az empátia érvényesülése. Az interakciók egyik alapfeltétele - mint általában a világ dolgaiban való eligazodásnak - a helyes információfeldolgozás. Az interperszonális kapcsolatok rendszerében megjelenő feszültségek és azok emocionális színezete egyaránt befolyásolja a helyzetmegértést, mérlegelést és megoldást. Az információk helyes értelmezésének „tétje” igen nagy, mivel a kapcsolatok során sok esetben az információ feldolgozásának hibái vezetnek az interakciók zavarához, és egyben akadályozzák a megfelelő légkör kialakulását.

Kutatási témánk szempontjából fontosnak tartjuk a pozitív és a negatív asszerti-

vitás megkülönböztetését (Kern et al., 1985, Wildman, Clementz, 1986, Cook, Lawrence, 1990, Rakos, 1997, McCartan, Hargie, 2004). Véleményünk szerint a pozitív asszertivitás a másik, ún. szignifikáns személyre koncentrált („other-centered”) segítő magatartást jelent, amely magába foglalja a pozitív érzések kifejezését, a kapcsolatok létesítését és fenntartását, dicséret adását és elfogadását, valamint empátia közvetítését. Ezzel ellentétben a negatív asszertivitás esetében sokkal inkább egy én-központú („self-centered”) attitűd dominál, amely kevésbé kívánatos és kompetens beállítódás. A *non asszertív magatartás* az erélytelen, illetve az *agresszív megnyilvánulások* képében jelenhet meg.

A „nem magabiztos magatartás” valamennyi változatának igen kedvezőtlen a prognózisa a betegvezetés szempontjából. A szerep betöltője a saját belső egyensúlyának megőrzésére törekszik, miközben emiatt a szereppartnernek üzeneteit nem képes felismerni, és azokat a válasz érdekében hasznosítani. A beteg/kliens elvárásai ennek nyomán elsikkadnak, a foglalkozás gyakorlója pedig a folyamatos én-védő mechanizmusok miatt kifárad (Smith, 1996).

A vizsgálat célja

Az elméleti felvetések alapján a kutatás célja volt feltárni az empátia érvényesüléséhez nélkülözhetetlen személyiségi vonatkozásokat, így az asszertivitás, információfeldolgozás, valamint a szociális intelligencia jellemzőit, továbbá meghatározni a vizsgált faktorok közötti összefüggéseket a fejlesztés érdekében.

Vizsgálati módszerek

Kutatásunk során olyan mérőeszközt kerestünk, amely a legmegbízhatóbban vizsgálja az asszertív készségeket. A társas hatékonyság mérésére számos kérdőív alkalmas, többek között az Asszertivitás-leltár (Alberti, Emmons) az Unsicherheit-kérdőív (R., R. Ulrich) és a Rathus-teszt. A kiválasztás során a Perczel és Tringer által elvégzett „Asszertivitást vizsgáló kérdőívek pszichometriai elem-

zése”-re támaszkodtunk. A szerzők a három kérdőív belső konzisztenciáját itemanalízissel vizsgálták, és ennek során arra a megállapításra jutottak, miszerint ugyan mind a három teszt igen erős belső konzisztenciával rendelkezik (erre utal a Cronbach-alfa mutató magas értéke), mégis a legcélravezetőbb a Rathus-teszt széles körű alkalmazása, mivel homogén, az asszertivitás szempontjából lényeges faktorokat tartalmazza, és egyben a legrövidebb a vizsgált módszerek közül. A szerzők megemlégették továbbá azt a tény is, mely szerint a validitás-vizsgálat előzetes eredményei alapján megállapítható, hogy a Rathus-teszt tételei egyértelműen az asszertivitásra vonatkoznak, míg az Unsicherheit - kérdőív inkább valami mást mér (pl. a bizonytalanságot). Mindezek alapján kutatásunk során a Rathus-teszt használata mellett döntöttünk. A teszt által mért faktorok a következők: Bizonytalanság, Önértékelési zavar; Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés; Nemet mondás; Személyes részvétel a kapcsolatban; Érzések kimutatása (Perczel, Tringer, 1995).

A személyközi társas események következményeinek előrelátása a szociális magatartás egyik fontos eleme, hiszen a pillanatnyi viselkedést a várható hatások figyelembe vételének segítségével, átgondolásával aktuálisan korrigálni tudjuk. A Sullivan — Guilford által összeállított „4 Faktoros Szociális Intelligencia Teszt” (SZIT) produkciófelülete igen komplex, kiterjed a viselkedési osztályok, a rendszerek, a transzformációk és implikációk azonosítására. A SZIT I. nonverbális teszt „Történetbefejezés” altesztje a viselkedési implikációk felismerését méri. A SZIT I. két részből áll: az első rész 14, a második pedig 15 képsort tartalmaz (O’Sullivan, Guilford, 1975). A vizsgált személynek mindkét feladatsorban a hívóképek alapján fel kell ismernie az ábrán szereplők által kifejezett érzelmeket, viselkedési szándékokat. A mellettük felkínált másik három képes alternatíva közül pedig minden esetben ki kell választania azt az egyet, amelyik megmutatja, hogy a példában szereplő viselkedés jegyei milyen következményes cselekvést valószínűsítenek.

Az empátia szintjének megállapítására a Deutsch-Madle (Deutsch, Madle, 1975) által

összeállított, majd hazai viszonyokra átdolgozott Empátia kérdőívet használtuk, amely 25 item segítségével vizsgálja a mások érzelmeire való reagálás képességét. Az egyes állítások elfogadása, vagy elutasítása az empátia működését, vagy hiányát mutatja (Szilágyi, 1985, Szilágyi, Molnár, 1982).

A vizsgált minta

Kutatásunkat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végeztük harmadéves nappali (N=84 fő) és levelező (N=266 fő) tagozatos ápolóhallgatók körében. A minta kiválasztásakor vezető szempontnak tekintettük azt, hogy a szakmai kompetencia témákra vonatkozó objektív ismeret-fedezete adott legyen, azaz a hallgatók rendelkezzenek tudással az empátiáról, asszertivitásról, valamint az ápoló beteg/kliens szereppartneri viszonyban betöltött szerepéről.

A „Tanácsadás az ápolásban” c. kurzus keretében elővizsgálatot végeztünk a 2004/2005. és a 2005/2006. tanévekben a hatékony betegvezetés szempontjából fontos személyiségjegyek feltárása érdekében. A pilot study eredményei igazolták a szociális intelligencia jelentőségét az empátiával összefüggésben, valamint felvetették az asszertív magatartás vizsgálatának szükségességét is. A tapasztalatok alapján a 2006/2007. és a 2007/2008. tanév harmadéves hallgatói esetében már a Rathus-teszt bevonásával bővítettük a vizsgálat produkciófelületét.

Az adatok kiértékelése az SPSS for Windows 13.0 programcsomag alkalmazásával történt. Az elemzés során leíró és matematikai statisztikai módszereket egyaránt használtunk. Az alapstatisztika az egyes mérőeszközök esetében a gyakorisági eloszlás, az átlagértékek és a szóródás megállapítására terjedt ki. Az Empátia kérdőív elemzése során faktoranalízist végeztünk, hogy feltérképezzük, az egyes állítások hogyan alkothatnak látens struktúrát, vagyis melyek az empátia lehetséges szubkomponensei. Korrelációs számítását végeztünk továbbá egyrészt az adott kutatási eszköz saját faktorai közötti összefüggések feltárásához, valamint az egyes vizsgálati módszerek faktorai között fennál-

ló kölcsönös összefüggések megállapítására. A tagozatok szerinti eltérések vizsgálatakor minden esetben a független két mintás t-próbát alkalmaztuk.

Eredmények

Az asszertív készségek vizsgálata kiemelkedő fontosságú, mivel az egyéni jogok, érdekek másokéval történő sikeres összeegyeztetése jelentősen befolyásolja a belső kiegyensúlyozottságot, amely szükséges önmagunk és környezetünk elfogadásához.

Az asszertivitás vizsgálatára alkalmazott Rathus-tesztben az elérhető pontszámok mértéke -90 és +90 között mozoghat. Minél magasabb értéket ér el valaki, annál nagyobb asszertivitással jellemezhető. Az öt faktor statisztikai jellemzésére az alapvető statisztikai mutatókat választottuk (*I. táblázat*).

I. táblázat: Az asszertivitás-faktorok jellemzői (N=185)

Faktorok	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Bizonytalanság, önértékelési zavar	3,52	7,08	-12	19
Érzések kimutatása	0,41	3,5	-7	9
Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés	-0,79	3,02	-6	6
Nemet mondás	1,03	2,82	-6	8
Személyes részvétel a kapcsolatban	3,63	3,38	-8	9

A hallgatók a legmagasabb értéket a kapcsolatokban megjelenő Személyes részvétel faktor esetében érték el. Mintánkra jellemző a szereppartneri viszonyokban, interakcióban való részvételi hajlandóság, amelynek során a kapcsolatokban a közvetett helyett elsődlegesen a közvetlen részvétel lehetőségét preferálják, továbbá megjelenik a kapcsolatok létesítése iránti igény is. Ez kedvező konstellációnak tekinthető, mivel ezek a vonások nélkülözhetetlen feltételei az ápolás sikerességének, mivel azt részben az interakciók minősége határozza meg. Meg kell

azonban jegyeznünk, hogy bár természetesen fontos a kapcsolatok létesítésének az igénye, az asszertivitás tartalmi kereteit az ápolás során a betegvezetés adja. Az ápolási folyamatba integráltan ezért a kapcsolatteremtési készség mellett a kapcsolattartás jellemzői is meghatározó jelentőségűek.

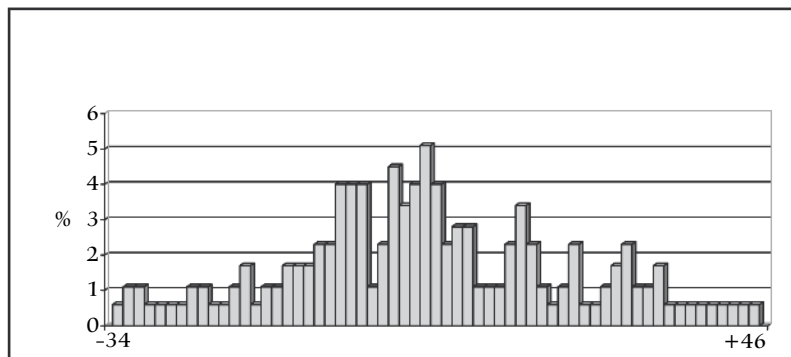
A legalacsonyabb átlagérték a „Fogyasztói helyzetekben” megjelenő önérvényesítés faktorhoz tartozik, amely azoknak a szituációknak a bizonytalan kezelését jelzi, melyekben az egyén érdekei mások által sérülnek.

Az öt faktort összevonva kaptunk egy Asszertivitás összpontszám skálát, ahol $M=7,95$ $SD=14,3$, a Minimális érték -34 , a Maximális pedig $+46$. A tesztben elérhető pontszámok két értékirány szerinti megoszlását az **1. ábra** szemlélteti.

nyítva - amelyek hasonló mutatókkal rendelkező minták társas hatékonyságának jellemzőit vizsgálták (Kilkus, 1993, Vestevig, Moss, 1976, Gerry, 1989, McCartan, Hargie, 1990) - megállapítható, hogy a mintánk átlagértéke alatta marad a más felmérésekben tapasztaltaknak, viszont a szórásérték alacsonyabb.

A tagozatok szerinti eltérések vizsgálatakor kizárólag az Érzések kimutatása faktor pontszámainak átlagában tapasztaltunk különbséget. A Független két mintás t-próba eredménye szerint ($t=2,599$ $p=0,01$) a nappali tagozatos hallgatók magasabb értékeket értek el ($M=1,34$ $SD=3,82$), mint a levelező tagozatos társaik ($M=-0,69$ $SD=2,79$). Ez arra enged következtetni, hogy a problémák, konfliktusok esetén nyíltabban vállal-

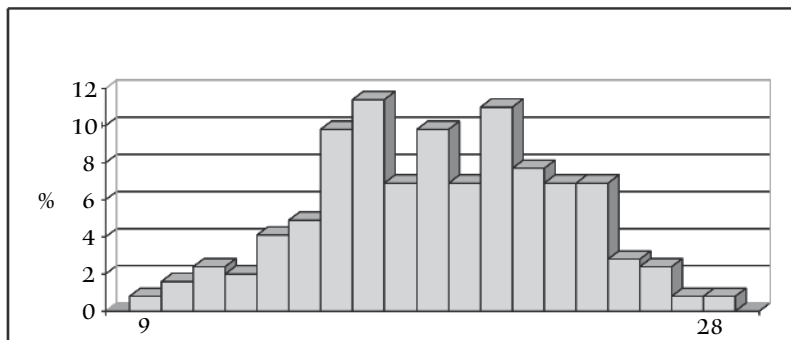
1. ábra: Asszertivitás összpontszám skála (N=185)



A skála összpontszám-eloszlása alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a minta döntő hányada az átlagérték közeli asszertivitás értékkel jellemezhető, és viszonylag kevesebb a két szélső értékhez közelítők százalékos aránya. Más kutatások eredményeihez viszo-

ják gondolataik, érzéseik kifejezését, mint a levelező tagozatos ápolók. Ez utóbbi csoport valószínűsíthetően több olyan élethelyzettel szembesült már, amelyekben a vélemény, érzelmek felvállalása hátrányt jelentett a számukra.

2. ábra: SZIT I. összpontszám megoszlása (N=350)



A viselkedés felismeréséhez szükséges pontos információ feldolgozás a *szociális intelligencia* olyan aspektusa, amely a szociális érzékenység és az empátia révén segíti az egyént abban, hogy mások jelzéseit olvasva következtetni tudjon a várható viselkedésre.

Az összpontszám 9-28 (a maximálisan elérhető pontszám 29 pont) között vett fel értékeket, $M=18,15$; $SD=3,82$. Esetünkben az átlagérték több, mint 3 ponttal elmaradt a tesztkönyvben megadott átlagtól ($M=21,37$), a szórásértékek viszont közel azonosak ($SD=3,85$) voltak (2. ábra).

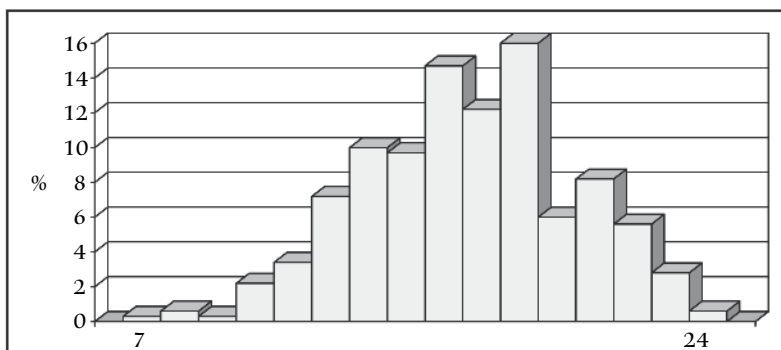
Az adatokat egybevetve a standard kategoriális megoszlással megállapíthatjuk, hogy eredményeink lényegesen kedvezőtlenebbnek bizonyultak, mivel az alacsonyabb teljesítményt jelentő kategóriákba százalékosan a minta nagyobb, míg a magasabb teljesítményt jelentő kategóriák esetében

A 29 itemet a helyes/helytelen válaszok arányának függvényében megvizsgálva a következő eredményt kaptuk: a helyes válaszok átlagosan 64,09%-ot érnek el, az 1. alskálán ez az arány 63,42%, a 2. alskálán pedig 64,77%.

Összefüggést találtunk a teszt első és második felében elért eredmények összehasonlítása alapján ($r=0,401$ $p<0,01$), valamint szignifikáns különbségek észlelhetők a két csoport átlagában tagozat szerinti bontásban is. A nappali tagozatos hallgatók szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el a szociális intelligencia tesztben mindkét alskála vonatkozásában.

Az empátia kérdőív 25 item alapján határozza meg az *empátia mértékét*. A minta összesített pontszám szerinti megoszlását a 3. ábra szemlélteti.

3. ábra: Empátiaskálán elért pontszámok megoszlása (N=350)



a kisebb hányada tartozik (II. táblázat). A minta döntő hányadának teljesítménye (55,8%) az átlagérték alatti kategóriába tartozik, vagyis a hallgatóink több mint kétharmadának okoz nehézséget a viselkedési implikációk felismerése.

II. táblázat: A SZIT I. eredményeinek kategoriánkénti megoszlása (N=350)

Kategória	Kategória határok	%	Standard érték %
1.	0-14	15,80	> 4,80
2.	15-20	55,80	> 24,00
3.	21-23	21,50	< 35,80
4.	24-26	5,30	< 25,37
5.	27-29	1,60	< 7,00

A skálán 7-24 pont közötti értékek jelentek meg. A legtöbben a 17-19 pont közötti tartományban helyezkednek el (a minta 42,9%-a), míg a minimum értékhez közeli tartomány (7-13 pont) csupán a minta 6,8%-át jelenti. Az átlagpontszámot - Szilágyi kutatási alapján - más karok eredményeivel összevetve azt állapíthatjuk meg, hogy az ápolók érték el a legmagasabb átlagértéket. A Mérnöki Karon $M=13,3$, a Pedagógusképző Karon $M=15$, a Mezőgazdasági Karon $M=16,9$ és az Általános Orvostudományi Kar esetében $M=17,2$ volt az érték (Szilágyi, 1985).

A főkomponens elemzés eredményeként az empátia szub-komponenseiként 10 faktort különíthettünk el. Mintánk a Mások érzelmeinek percepciója kapcsán érte el a legmagasabb százalékos értéket, továbbá a faktorok közül kiemelkedett még az Érzelmek

(passzív) befogadása, amely többnyire olyan szituációkra vonatkozik, amikor az egyén passzív szemlélődés közben átvesz, megél egy külső környezeti tényező által kiváltott hangulatot. A két legalacsonyabb pontszám olyan típusú szituációkban fordult elő, amelyek fokozottan próbára teszik az egyén beleérző képességét (szomorúság, önuralom, indulatosság, egoizmus). Hallgatónk körében ezekben az esetekben egyértelműen az empátia szintjének nagyfokú csökkenése volt megfigyelhető (*III. táblázat*).

III. táblázat: Az empátia mértékének faktoronkénti megoszlása (N=350)

1. faktor	Érzelmek (passzív) befogadása	90,77%
2. faktor	Körülvevő emberek hatása	52,87%
3. faktor	Erőtlen (negatív) impulzusok hatása	46,70%
4. faktor	Boszantó tényezők	17,15%
5. faktor	Szociális érzékenység	76,95%
6. faktor	Érzelmi függetlenség	75,35%
7. faktor	Érzelmi befolyásolhatóság	72,46%
8. faktor	Társulási készség	85,10%
9. faktor	Mások érzelmeinek percepciója	93,90%
10. faktor	Másokkal szembeni érzelmek	79,40%

A tagozatok között statisztikailag szignifikáns eltérést nem találtunk ($t=-1,49$; $p>0,05$): a nappali tagozat átlagértéke $M=17,18$, a levelezőé pedig $M=17,72$.

Az alkalmazott vizsgálati eljárások lehetővé teszik további elemzések elvégzését is a faktorok egybevetésével az együttes hatás megismeréséhez.

Az empátia és a szociális intelligencia faktorainak összefüggése:

Mivel az empátia működésében az információ feldolgozás pontossága meghatározó, ezért megvizsgáltuk a két mérőeszköz közötti összefüggést. A skálák korreláció-elemzése negatív összefüggést tárt fel ($r=-0,18$; $p<0,05$). Mintánkban ez azt jelenti, hogy minél pontosabban olvassa valaki a szereppartnernek non-verbális jelzéseit, vagyis mi-

nél magasabb pontszámot ért el a szociális intelligencia tesztben, annál valószínűbb, hogy nagyobb számban találkozik olyan, számára negatív impulzusokkal, amelyeket nem tud megfelelően értelmezni (pl. bosszantó tényezők, agresszív megnyilvánulások) és ez az empátia szintjének csökkenését eredményezheti.

Az empátia és az asszertivitás faktorainak összefüggése:

Az empátia és az asszertivitás faktorainak elemzése alapján egyetlen faktornál találtunk összefüggést, a Nemet mondásnál ($r=-0,154$; $p<0,05$). A negatív korrelációs kapcsolat azt mutatja, hogy minél empátikusabb valaki, annál kevésbé tud „nem”-et mondani. A másik emberre irányuló tudatos figyelem, szándékos odafordulás megnehezíti a szereppartner kérésének elutasítását azokban a helyzetekben, amikor ezek vélt vagy valós módon a saját érdeket sértik.

Az asszertivitás és a szociális intelligencia összefüggése:

Az Asszertivitás kérdőív és a Szociális Intelligencia Teszt összevetése alapján megállapítható, hogy az asszertivitás faktorai közül a Fogyasztói helyzetekben megjelenő önértékesítés mértéke hozható kapcsolatba a szociális intelligencia mértékével ($r=-0,244$; $p<0,05$). A negatív korreláció arra utal, hogy a saját érdek érvényesítése gátolja a másik fél érzéseinek értelmezését, a várható viselkedés előrejelzését.

Következtetések

Kutatásunk tapasztalatainak összegzéseként a társas hatékonyság és az empátia alakulása szempontjából kedvező és kedvezőtlen tényezőket állapíthatunk meg.

A szakmai magatartás és empátia fejlődése szempontjából kedvező a kapcsolatokban történő személyes részvétel preferenciája, valamint a jelenleg működő empátiás készség magas szintje a támogatást kérők irányába.

A kedvezőtlen tényezők csoportjába sorolhatjuk a viselkedési implikációk felismerésének alacsony szintjét, az önértékesítés bizonytalanságát azokban a szituációkban,

amikor érdekütközésről, konfliktushelyzetről van szó, valamint az empátia jelentős mértékű csökkenését azokban a szituációkban, amelyekben az emberek „nem megfelelően” viselkednek, így agressziót tanúsítanak, vagy képtelenek mások szempontjainak figyelembe vételére.

Az eredmények alapján elmondható az is, hogy hallgatónk potenciálisan alkalmasak a szakmai szerep összetevőinek elsajátítására, amely folyamat még koránt sem zárult le a vizsgálat időszakában. A képzés során ezért kiemelt figyelmet kell fordítani mindennek előtt a hibásan értelmezett fogalmak (pl. empátia, asszertivitás), alapelvek tisztázására, továbbá a magatartásban megnyilvánuló, bizonytalanságot okozó tényezők feltárására, és azok kezelésének gyakorlására.

Az ápolás olyan foglalkozás, ahol a szereplők csak egymás figyelembe vételével érhetnek el eredményeket, és kerülhetik el a személyiségüket veszélyeztető érzelmi kifáradást és iatrogeniákat. Ápolóként világosan látni kell, hogy az „other-centered” magatartás részeként az empátia alkalmazása a saját személyiség védelmét is szolgálja, mivel a mások nem tudatosan kibocsátott jelzéseinek pontos olvasásával csökken az érzelmi sodródás lehetősége, valamint az energia pazarló én-védelem szükségessége. Az ápoló - beteg/kliens szereppartneri viszony megfelelő kialakítása és eredményekhez vezető fenntartása a hivatás gyakorlásának felelőssége, a saját és a segítséget kérők közös érdekében.

Irodalomjegyzék

1. Buda B. (1980): Az empátia – beleélés lélektana
Gondolat Kiadó, Budapest, pp. 71-72; 82-85.
2. Cook, D.J., St. Lawrence, J.S. (1990): Variations in presentational format: effect on the interpersonal evaluations of assertive and unassertive behavior
Behavior Modification, 14, 21-36.
3. Deutsch, F., Madle, R.A. (1975): Az empátia történeti és jelenlegi konceptualizálása, mérése. Kognitív elméleti előretékinés
Human Development, 18, pp. 267-287.
4. Garry, E.M. (1989): An investigation into the assertive behavior of trained nurses in general hospital settings
Journal of Advanced Nursing, 14, 1002-1008.
5. Helembai K. (1987): Ápoláslélektan
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 70-72.
6. Helembai K. (1989): A szociális pályára készülő középiskolai tanulók identifikációs folyamatának elemzése. Kandidátusi értekezés. Kézirat.
Oktatókutató Intézet, Budapest, pp. 50.
7. Helembai K. (1999): The Social-Interpersonal Competence. Handbook Resi-
- dential and Foster Care in Europe
Verlag Luchterhand, Kriftel, 164-178.
8. Kern, J.M., Cavell, T.A., Beck, B. (1985): Predicting differential reactions to males 'versus females' assertions, empathic-assertions, and nonassertions
Behavior Therapy, 16, 63-75.
9. Kilkus, S.P. (1993): Assertiveness among professional nurses
Journal of Advanced Nurses, 18, 1324-1330.
10. McCartan, P.J., Hargie, O.D.W. (2004): Assertiveness and caring: are they compatible?
Journal of Clinical Nursing, 13, 707-713.
11. O'Sullivan, M., Guilford, J.P. (1975): Six factors of behavioral cognition: Understanding other people
Journal of Educational Measurement, 12, 255-271.
12. Perczel D., Tringer L. (1995): Asszertivitást vizsgáló kérdőívek pszichometriai elemzése
Psychiatria Hungarica, X. évf. 3, 251-267.
13. Rakos, R. (1997): Asserting and confronting. In: The Handbook of Communication Skills (2nd ed.) London, Routledge, 289-319.

14. Smith, S. (1996): Kommunikáció az ápolásban
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 18-32.
15. Szilágyi K., Molnár P. (1982): Standard-gyűjtemény
OPI, Budapest
16. Szilágyi K. (1985): Kísérlet a szociális érettség vizsgálatára a felsőoktatásban
Pályaválasztás, 4, 19-26.
17. Vestewig, R.E., Moss, M.K. (1976): The relationship of extraversion and neuroticism to two measures of assertive behavior
The Journal of Psychology, 93, 141-146.
18. Wildman, B.J., Clementz, B. (1986): Assertive, empathic assertive and conversational behavioural behaviour: perception of likeability, effectiveness, and sex role
Behaviour Modification, 10, 315-332.

Defining levels of empathy and assertiveness among nursing students

Erdősi, E., Tulkán, I., Papp, L., Nagy, E., Helembai, K.

Aim of the study: To determine, among nursing students, the extent and characteristics of empathy and social intelligence, in relation to their assertiveness.

Methodology and sample: Empathy questionnaire; Social Intelligence Test I.; Rathus test. The authors conducted their survey among full-time (N=84 persons) and correspondence (N=266 persons) nursing students at the Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged. A total of 350 persons took part in the survey.

Results: The surveyed sample displayed an above-average level of empathy; however, in cases where the individual's empathetic abilities were put to the test, a reduction in the individual's empathetic capacity, and the level of empathy displayed, can be observed. Recognising the behavioural implications represented a greater-than-average difficulty for 71.6% of the sample. An examination of the correlations between the factors suggests that one of the fundamental causes of non-assertive behaviour is the fact that a high proportion of the nursing students are not capable of reconciling an "other-centred" attitude, founded on empathy, with the assertion of their own interests.

Conclusions: From the standpoint of community efficiency, empathy proved to be a central factor, which is why special attention need to be paid to defining and developing it in the course of nursing training.

Új szakmai kollégiumok

Az egészségügyi miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testületeként az ágazatban az egyes szakterületeknek megfelelően szakmai kollégiumok működnek.

Örömmel tájékoztatjuk olvasóinkat arról, hogy a szakmai kollégiumokról szóló 52/2008. (XII. 31.) EüM rendeletben foglaltak szerint 2009. április 1-jétől kezdődően bővül a szakdolgozói szakmai kollégiumok köre. A már hosszabb ideje tevékenykedő **Ápolási Szakmai Kollégium** és **Védőnői Szakmai Kollégium** mellett a továbbiakban **Gyógytorna-fizioterápiás Szakmai Kollégium** és **Dietetikai - humán táplálkozási Szakmai Kollégium** is fog működni.

Lapzártakor még tart a szakmai kollégiumok megalakulásának folyamata, de következő számban közölni fogjuk a kötelezően létrehozandó szakcsoportok jegyzékét, valamint a szakdolgozói szakmai kollégiumok tagnévsorát.

„Hogyan élnek ők” – A sztómával élő betegek rehabilitációja

Szabó Mária

főiskolai hallgató,

Szent István Egyetem, Egészségtudományi- és Környezetegészségügyi Intézet, Gyula

Raskovicsné Csernus Mariann

osztályvezető főnővér,

egyetemi okleveles ápoló, BMKT Pándy Kálmán Kórház Általános Sebészeti Osztály, Gyula

Deák Gyuláné

sztómaterápiás asszisztens,

BMKT Pándy Kálmán Kórház Általános Sebészeti Osztály, Gyula

Összefoglaló

Cél: a szerzők céljai között szerepelt, hogy feltárják a sztómaviselők életminőségében és a szexualitásukban jelentkező zavaró tényezőket. Azt is vizsgálták, hogy a betegek kapnak-e kellő segítséget, és élnek-e ezekkel a lehetőségekkel, biztosítottak-e a minőségi sztómaellátás feltételei a kórházi körülmények között, valamint a mindennapi élet során.

Vizsgálati módszer: a kérdőíves felmérés során összesen 110 darab kérdőív került kiosztásra, melyből értékelhető 93 darab volt. A szerzők az adatok feldolgozására leíró és matematikai statisztikai módszereket alkalmaztak.

Eredmények: a nők korábban sajátítják el a sztómaápolást, mint a férfiak, így több férfi igényel segítséget a mindennapi tevékenységek során. A szexuális életmód változásaival kapcsolatosan nem vonható le általános következtetés. A társadalomtól kapott segítséggel és támogatással elégedettek a megkérdezettek, viszont a kórházi osztályok ellátottságát hiányosnak ítélték meg.

Következtetés: a szerzők fontosnak tartják a rehabilitáció szervezett folyamatát a sztómás betegek körében is. Hangsúlyozzák azt a törekvést, miszerint a beteg érje el a korának megfelelő munkaképességet. A beteg családi és társadalmi beilleszkedését és rehabilitációját elősegítő a gondos és szakszerű kezelés mellett, a problémafeltáró kommunikáció elveinek az érvényesülése. Ebben segítséget nyújtanak a betegek által létrehozott önszolgáltató csoportok.

A probléma ismertetése

Közismert és szomorú tény, hogy a daganatos megbetegedések gyakorisága világszerte emelkedik. Ugyanakkor az orvostudomány fejlődésének és az intenzíven zajló kutatásoknak köszönhetően a daganatos betegségek kialakulásának veszélye a kockázatnövelő környezeti és életmódbeli tényezők ismeretében csökkenthető, nagy részük az emberek felelős magatartásával, a szűrésekkel, a rendszeres orvosi vizsgálatokkal idejekorán felismerhető és kezelhető, majd sok esetben megszüntethető.

A vastag- és végbélrák világszerte, így hazánkban is a leggyakoribb daganatok

egyike. Magyarországon évente 7500-7800 új vastagbél-daganatos beteget fedeznek fel. Míg nőknél a vastagbél, addig a férfiaknál a végbélrák előfordulása a gyakoribb. Hazánk világviszonylatban a második helyen áll a vastagbélrák okozta halálozások tekintetében. Figyelemre méltó, hogy e kis ország egyes régiói között is jelentős különbségek mutatkoznak. Amíg Budapesten és Vas megyében a vastagbélrák okozta halálozás az összes daganatos halálozásnak 14-15,5%-át, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében csak 9,5%-át tette ki.

A megbetegedések túlnyomó többsége (90%-a) 50 évesnél idősebb életkorban lép fel, s előfordulásának gyakorisága a kor elő-

rehaladásával meredeken emelkedik. (Gyebnár, Kovács 1997, Lapis, 2001)

Egyes vastag- és végbélbetegségek csak a kóros szakaszok eltávolításával gyógyíthatók. Ez pedig akár a végbélnek és a záróizomnak a feláldozásával is járhat: ilyenkor hasi sztóma /hasfali anus/ képzésére kényszerülnek. A beteg képtelenné válik a széklet távozásának akaratlagos szabályozására. (Besznyák, 1982, Drobni, 1982, Dubecz et al., 1997)

A vendégnyílás készítésével járó műtét szükségessége a beteget és környezetét érthetően nagy riadalommal tölti el. A betegben félelmek ébrednek. Félelem a fizikai, szociális elszigeteléstől, a dezintegrációtól, a stigmatizációtól, az életvitel megváltozásától, az elhagyatottságtól, az önállóság megszűnésétől, a kiszolgáltatottságtól, a tehetetlenségtől, a csonkító beavatkozástól, a fájdalomtól, a visszaeséstől, a gyógyíthatatlanságtól, a társak elvesztésétől. (Hárdi, 1987, Helembai, 1992)

Az orvos tájékoztatása és tanácsa mellett ilyenkor nagy szükség van az ápoló személyzet türelmes és megértő támogatására, fizikai és lelki segítségére. (Dubecz, Gönci, 1983)

A műtét sikere nemcsak annak technikai elvégzésétől, hanem a beteg jó pszichés előkészítésétől is függ.

Önmagában nem elegendő a jól végzett műtét. A gyógyuláshoz hozzátartozik a beteg visszavezetése az életbe: a rehabilitációjának, a társadalmi beilleszkedésének az elősegítése.

A sztóma jelenléte mind a munkavégzést, mind a napi életet befolyásolja. A vendégnyílással élők testi funkciójukban bizonyos mértékig akadályozottak, de ez a tapasztalat szerint - megfelelő orvosi, állami, társadalmi segítséggel — napi tevékenységüket nem, vagy alig akadályozza.

Az ember egész élete során a legintimebb kapcsolatban, a legszorosabb barátságban saját testével, lelkével él. Testünkről tükrön kívül is pontos információval, „testképpel” rendelkezünk. Az ember természetes igénye, hogy teste ápolts, ép legyen. Igen nehéz elfogadni, ha a testkép a normálistól eltér, vagy

a korábbihoz képest jelentősen megváltozik.

A betegség és a kezelés gyakran az egész életen át hatással van a beteg megjelenésére és testi funkcióira. A betegség átformálja a beteg gondolkodásmódját, ráébreszti arra, hogy az életet és az egészséget nem lehet magától érthetőnek tekinteni. Ez rányomja bélyegét a magáról vallott felfogására és szerelmi életére is. Ez nem szükségszerűen negatív hatás: sok ember számára ez olyan tapasztalat, amely átformálja őt, és ez által érettebb és erősebb egyéniséggé válik.

Legtöbbször a bizonytalanság, a félelem, a nyugtalanság miatt nagyon nehéznek érzik az életet. Ez önmagában is természetes ok arra, hogy ne kívánják a szexuális együttélést. Úgy érzik, hogy elvesztették vonzerejüket, és félnek attól, hogy társuk hogyan fog reagálni. A tapasztalatok mégis azt mutatják, hogy egy ilyen beteg szerelmi élete főleg hozzáállás és elfogadás kérdése, néhány gyakorlati előfeltétel mellett. Mindenki számára egyaránt fontos a nyitottság, a gyöngédség és a tájékozottság a boldog szerelmi élethez. Ezek a tulajdonságok még fontosabbak egy olyan kapcsolatban, ahol az egyik fél beteg, mert ilyen körülmények között szükséges, hogy a másik fél különös figyelmet szenteljen neki, és figyelembe vegye a betegség fizikai és érzelmi következményeit.

Elméleti háttér

Az ember számára mindig különleges problémát jelent, ha szervezetének megszokott formáját, működését valamilyen betegség alapvetően megváltoztatja. Különösen nagy lehet ennek jelentősége akkor, ha ez a változás a bizonytalan jövőtől való félelemmel vagy a változás által kikényszerített életvitel-módosítással, a megszokottól eltérő, kényszerű ténykedésekkel, esetleg a környezetet is érintő következményekkel jár együtt.

Az átmenetileg vagy véglegesen létesített rendellenes testnyílások megléte, azok gondozása, karbantartása különleges rendszabályokat, életmódot igényelhet. Viselőjének pszichéjét kisebb vagy nagyobb mértékben

befolyásolja, igénybe veszi, átalakítja. (Kovács, Moser, 2000)

Ezek az állapotok azonban nem csak a beteg számára jelentenek változást, speciális problémákat, hanem az egészségügyi személyzet számára is.

E betegek családi és társadalmi beilleszkedését és rehabilitációját csak gondos és szakszerű, adekvát kezeléssel lehet biztosítani.

A sztóma-képző műtéteken átesett betegek akkor kezelhetők jól, ha a műtétet kifogástalan sebésztechnikával végzik el, az óhatatlanul is fellépő szövödmények (pl. sztóma körüli felmaródás, a bél előesése, fistulák, krónikus sebek kialakulása stb.) korrigálásában megfelelő jártassággal rendelkeznek, s az egyre gyarapodó gyógyászati segédeszközök teljes körű ismeretében az adott egyénre legjobban alkalmazhatót tudják kiválasztani.

A sztómával élőknek a mindennapi életre való felkészítése már a kórházban megkezdődik. A családot a beteg fogadásra elő kell készíteni. A legközelebbi hozzátartozókat (házastárs, gyermek) az orvos, sztómaterápiás nővér informálja, hiszen szükséges, hogy ők is ismerjék az új helyzetet, mert csak így tudnak a napi élete folytatásában hozzátartozójuk segítségére lenni.

A kórházból való távozás után a család az első állomás a beteg normális életbe való visszasegítésében. Itt dől el a család hozzáállásától függően, hogy mennyi idő kell a beteg pszichés és klinikai gyógyulásához.

A beteg, amikor a kórházból hazakerül, testileg még betegnek érzi magát, lelki sebére segítséget, biztonságot és menekvést a családtól, és ezen belül elsősorban a (házastárs)tól remél.

A rehabilitáció elvének érvényesülését szem előtt kell tartani, miszerint: a rehabilitáció folyamata alkalmazkodjon az egyén szükségleteihez és igényeihez, szolgálja a megmaradt képességek legmagasabb szintű hasznosulását, és az érintettek vegyenek aktívan részt a rájuk vonatkozó rehabilitációs folyamatokban. (Palásti, Köves, 1992)

A rehabilitáció (latin eredetű szó) eredeti jelentése szerint egy adott személy valami iránti képességét, talentumát, jártasságát

jelöli. A szó legkorábbi ismert használata 1843-ból való, és Ritter von Buss nevéhez fűződik, aki a gyógyítható betegek korábbi állapotukba történő visszahelyezése kapcsán beszélt a rehabilitációról. Kiemelte, hogy a betegeknek egészségük mellett „személyes méltóságuk és rangjuk érzését” is vissza kell nyerniük.

A WHO (1980) szerint a rehabilitáció olyan szervezett segítség, melyre az egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. A rehabilitáció koordinált orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási intézkedések személyre szabott összessége.

A rehabilitáció célja, hogy a rehabilitált elégedett, boldog és - lehetőség szerint - teljes értékű polgára maradjon a társadalomnak. (Köves, 1997)

Folyamatát tekintve a rehabilitáció azt a segítségnyújtást jelenti, amely a beteg maximális testi, lelki, szociális funkcióinak visszaállításához szükséges a betegségek és annak kezelési határain belül, és interdiszciplináris team munkát feltételez. (Köves, 1997)

A rehabilitációhoz szükséges:

- 1.) olyan egészségügyi személyzet, amely biztosítéka a megfelelő program kialakításának és menetközbeni változásának,
- 2.) egy koordináló személy, aki a team tagjainak munkáját összehangolja,
- 3.) a beteg és a család bevonása a rehabilitációs folyamatba már a diagnózis felállításától kezdve,
- 4.) hatékony kommunikáció a team tagjai között az ellentmondások elkerülése érdekében.

Világszerte sok százezer sztómával élő bizonyítja, hogy állapotuk nem elviselhetetlen. Létszámukra vonatkozólag csak becslésekre vagyunk utalva. Az orvosi irodalom adatai szerint az Egyesült Államokban 1 millió, Angliában, Franciaországban és Németországban 100-100 ezer, Ausztriában 10-12 ezer ilyen egyén él. Magyarországon a kiadott sztóma segédeszközök statisztikája szerint, továbbá az ILCO-egyesületek véle-

ménye alapján számuk 12-16 ezerre becsülhető. (Dubecz, ifj. Dubecz, 1993)

A sztómaviselek segítésére, összefogására és érdekvédelmére alakultak azok a társadalmi egyesületek, klubok, amelyek ILCO néven működnek. Ezek önszervező, nonprofit jellegű neutrális szerveződések, amelyek célja a bélkivezetéssel élő emberek rehabilitálásának elősegítése, érdekvédelme, illetve a társadalmi munkamegosztásba való visszailleszükedésük biztosítása.

Önszervező csoportok:

- Lehetőséget adnak a már felépülteknek, hogy segítség azokat, akik most küszködnek a betegséggel.
- Sok gyógyult beteg találta úgy, hogy másoknak segíteni kellemes, önbecsülésüket tápláló érzés.
- A támogató csoportok együtt dolgoznak az egészségügyi dolgozókkal, hogy segítsenek nekik megérteni a sztómás beteg érzelmi szükségleteit.

Az ILCO - mozgalom a megelőzésben és a rehabilitációs munkában veszi ki a részét, ezáltal az állam válláról veszi le olyan feladatokat, amelyeket az nem tud ellátni.

A vizsgálat célja

Annak feltárása, hogy

- milyen a sztómás betegek életminősége,
- a betegek a sztóma kialakítása után képesek-e korábbi életvitelük folytatására.
- mennyire zavarja őket és partnerüket a szexuális életben a megváltozott testkép?
- a szexualitás zavaró tényezőinek kezelésében kapnak-e kellő segítséget, és élnek-e ezekkel a lehetőségekkel,
- a társadalom hogyan viszonyul ehhez a betegséghez, és mennyire segíti az ebben szenvedőket,
- a kórházi osztályokon van-e mód a megfelelő sztómaápolás lehetőségére.

Hipotézisek

1. A nők korábban, a műtétet követően a kórházban tartózkodás ideje alatt kezdik el az önálló sztómaápolást, mint a férfiak.

2. Az 50 év alatti személyeknek nagyobb az igényük az önálló sztómaápolás el-sajátítására, mint az idősebb korosztályba tartozóknak.
3. A megkérdezettek körében a férfiak nyitottabbak a szexualitással kapcsolatos kérdésekben, mint a nők.
4. Az 50-év feletti betegek esetében gyakoribb a társas kapcsolatok beszűkülése, mint a fiatalabb korosztályban.

Vizsgálati módszerek és minta

A kutatás során a választott minta heterogén, a Békés megyében élő sztómás kliensek alkotják, életkortól és nemtől függetlenül.

Módszernek a kérdőíves felmérést választottuk. A kérdőív minden esetben egységes volt, 26 kérdésből állt, és zárt, illetve két nyitott kérdést tartalmazott.

Összesen 110 kérdőívet postáztunk válaszböríték csatolásával, az ILCO Klub tagjainak. 93 darab értékelhető példányt kaptunk vissza. A kérdőívek kitöltése névtelenül, önkéntesen történt.

A kérdőív adatainak feldolgozására leíró és matematikai statisztikai módszereket alkalmaztunk. A meglévő adatok között nagyságrendi viszonyokat állapítottunk meg, továbbá százalékos előfordulást számoltunk. Ezt követően a meglévő adatokból általánosítást végeztünk.

Eredmények és megbeszélés

A kérdőívben a feldolgozás megkönnyítése érdekében korcsoportokat adtunk meg. Az életkor vizsgálatokor, az intervallum meghatározásakor a hipotézis kritériumait követtük, emiatt nem tartottuk szükségesnek az 51 év feletti korcsoport további bontását, hiszen ismert tény, hogy az életkor előrehaladtával emelkedik a sztómaviselek száma (82 fő 51 év feletti megkérdezett beteg töltötte ki a kérdőívet).

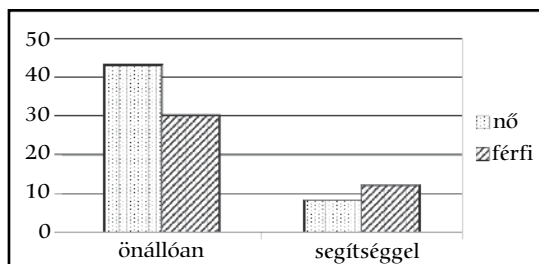
A vizsgált betegek között a nők dominanciája figyelhető meg. Az 51 év feletti betegeknel 46 nő és 36 férfi beteg töltötte ki a kérdőívet.

A kutatásban azt is vizsgáltuk, hogy a két nem között hogyan oszlanak meg az önálló sztómaápolásra vonatkozó adatok, vagyis a

kérdőívet kitöltők közül ezt a tevékenységet hányan végzik önállóan, és mennyien segítséggel.

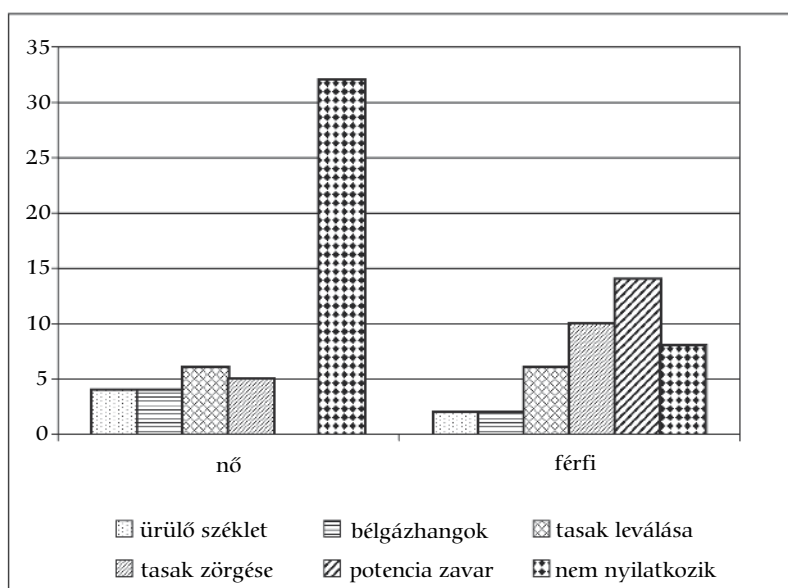
A nők 84,3%-a (43 fő) végzi önállóan a sztómaápolást, míg a férfiaknál 71,4%-a (30 fő). Így több férfi (12 fő), mint nő (8 fő) igényel segítséget e mindennapi tevékenység során. (1. ábra)

1. ábra: A sztóma gondozásának módja nemek szerinti felosztásban, fő (n=93)



A testséma megváltozásával számos zavaró tényező léphet fel a szexualitásban, mely a társas kapcsolatok beszűküléséhez vezet. Az ábrán egyértelműen látható, hogy a megkérdezett nők kb. háromnegyede (32 fő) nem válaszolt a feltett kérdésre. A felmérésből kiderül, hogy a férfiak 33,3%-ában (14 fő) potenciazavar jelentkezik, míg a nőknél 11,8%-ban (6 fő) a tasak leválása, zörgése jelent nagyobb problémát, zavaró hatást. (2. ábra)

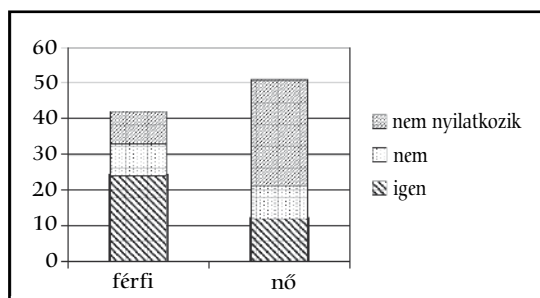
2. ábra: A szexualitásban jelentkező zavaró tényezők kérdésre adott válaszok megoszlása, fő (n=93)



Sok sztómas beteg nem szereti a tesztét, visszataszítónak tartja magát, és úgy gondolja, hogy társa is ugyanígy érez. Ennek következtében konfliktusok alakulnak ki.

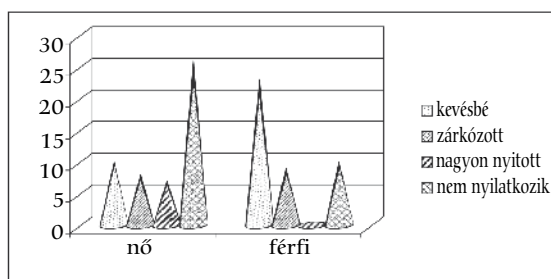
Rákérdeztünk arra, hogy a szexualitással kapcsolatos problémákat, gondokat meg tudják-e beszélni. A férfiak 57,2%-a (24 fő) meg tudja beszélni, és 9-9 fő (21,4%) az aki nem, vagy nem nyilatkozik. A nőknél viszont csak 29,4%-a (12 fő) beszél meg problémáit, és 15,8% (9 fő) az aki nem. A nők között a nem nyilatkozók aránya lényegesen magasabb, 58,8% (30 fő). Ezzel beigazolódtott a 3. hipotézisünk, miszerint a férfiak nyíltabbak a szexualitásukkal kapcsolatban, mint a nők. (3. ábra)

3. ábra: A szexuális problémák másokkal történő megbeszéléséről adott válaszok megoszlása, fő (n=93)



A következő feltett kérdés válaszai is megerősítik ezen feltételezést, mert a szexualitás érzéseiről a férfiaknál 23,8% (10 fő) aki nem nyilatkozik, és a nőknél 50,9% (26 fő) aki elzárkózik a témától. A férfiak 54,8%-a (23 fő), míg a nők csak 19,6%-a (10 fő) az, aki kevésbé vállalja el a szexualitás érzéseiről való megbeszélést. (4. ábra)

4. ábra: A szexualitás érzéseiről adott válaszok megoszlása nemek szerint, fő (n=93)



Nagyon sok esetben nem mernek beszélni gondjaikról, problémájukról, érzéseikről és vágyaikról, melyet a következő, 5. ábra is jól mutat. A kutatás itt is azt igazolja, hogy a nők inkább elzárkóznak (52,9%), míg a férfiak közül csak 19,04% nem nyilatkozik. A férfiak 52,3%-a (22 fő) osztja meg házastársával problémáját, a nők 17,6%-a (9 fő). A nők közül 5,9% (3 fő) megmeri beszélni orvosával a szexualitásban felmerülő problémákat, amit a férfiak nem mernek megtenni. A baráti körök-

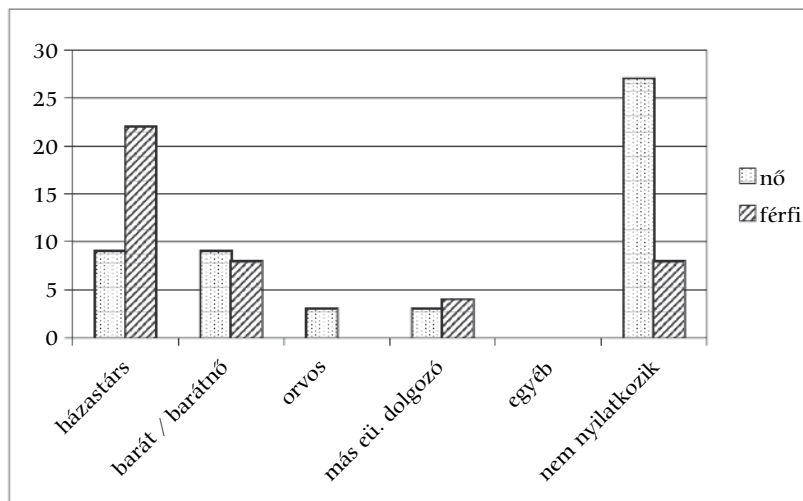
ben szinte egyformán fordul elő e „kényes kérdés”, a férfiak 19,05%-a (8 fő) és a nők 17,6%-a (9 fő) mer őszintén beszélni a felmerülő gondokról.

Nagyon sok esetben fordul elő, hogy műtét után megromlanak a társas kapcsolatok. Ez többnyire a túlzott bezárkózottságra vezethető vissza, illetve a betegek kínosnak találják, hogy a témáról őszintén beszéljenek. Sajnos itt is a nők válaszai mutatnak magasabb értékeket. A megkérdezettek fele a kora miatt nem él társas kapcsolatban, és több, mint a fele nem nyilatkozik a szexualitásáról. (6. ábra)

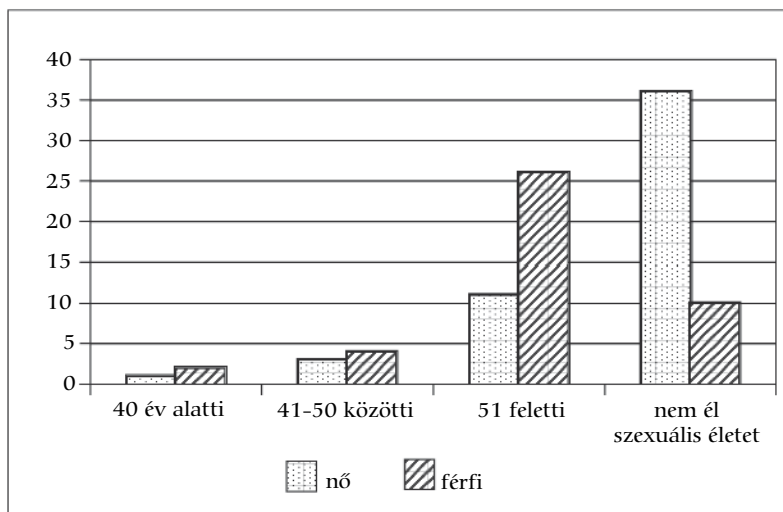
A sztóma ellátásához szükséges eszközökkel és segédeszközökkel a nők 70,5%-a (36 fő), míg a férfiak 85,7%-a (36 fő) elégedett, és élnek is az így kapott lehetőségekkel. A nőknél 29,4% (15 fő), a férfiaknál 14,2% (6 fő) sérelmezi a megvonásokat (például a plusz tasak, vagy ragasztó-anyagok, bőr ápolásához szükséges segédanyagok).

A kórházi osztályok ellátottságával a nők kevesebb, mint fele elégedett, és ugyancsak fele hiányosnak tartja, és 8 ember pedig nincs megelégedve az ellátással. A férfiak több, mint fele elégedett, kevesebb, mint negyede hiányosnak tartja az ellá-

5. ábra: A felmerülő szexuális problémák másokkal való megbeszélésének megoszlása, fő (n=93)

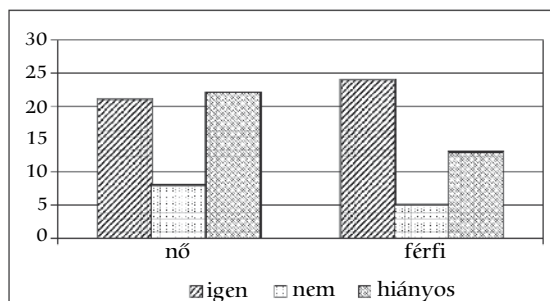


6. ábra: A társas kapcsolatok beszűkülése nem és életkor szerinti megoszlásban, fő (n=93)



tást, és csupán csak 5 ember elégedetlen. (7. ábra)

7. ábra: A kórházi osztályokon biztosított sztóma-ellátás megfelelőségére adott válaszok megoszlása nemek szerint, fő (n=93)



Következtetések

Kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük a sztómaviselek életminőségét és a szexualitásukban zavaró tényezőket, továbbá azt is vizsgáltuk, hogy kapnak-e kellő segítséget, és élnek-e ezekkel a lehetőségekkel, illetve van-e mód a megfelelő sztómaápolás lehetőségére a kórházi osztályokon.

A nők jóval korábban sajátítják el a sztómaápolást, mint a férfiak. Munkánk során az is kiderült, hogy az idősebb korosztály több segítséget igényel, és később válik önállóvá, vagy egyáltalán nem sajátítja el a teendőket.

A testről alkotott képet a legdrasztikusabban módosíthatja, ha műtét következtében az anyagcseretermékek nem az eredeti természetes nyíláson át távoznak a szervezetből.

A mindennapi életbe való visszatéréshez a szexuális kapcsolat felvétele is hozzátartozik. A végbél eltávolítása után a nők és a férfiak nemi aktivitása általában különbözik egymástól. A nők szexuális funkciója legtöbbször nem változik, ezzel szemben a férfiak nemi érintkezésre való képessége az első hónapokban csökken vagy eltűnik (impotencia alakulhat ki), és csak később, a fizikai állapot javulásával, fél- vagy egy év után áll helyre. A férfiak kezdeti impotenciája valódi, legtöbbször pszichés alapon fejlődik ki. A hasi sztóma vagy a segédeszköz jelenléte tartja vissza a nemi érintkezéstől, ezen a nehézségen legtöbbször segít a kölcsönös megértés.

A szexuális aktivitás alakulását tekintve nem vonhatunk le általános következtetést.

A megkérdezettek jelentős része elzárkózik a válaszadástól. Többen korukra és betegségeikre való tekintettel vallják, hogy nem élnek szexuális életet. Így ez a kérdéskör nem vizsgálható teljes hitelességgel. A megkérdezettek és a válaszadók között a férfiak őszintebben és nyíltabban válaszolnak a szexualitással kapcsolatos kérdésekre, 19,4% férfi nem nyilatkozik, míg a nők 62,7%-a zárkózik el válaszadástól.

A társadalomtól kapott segítséggel és támogatással a nők 70,5%-a, a férfiak 85,7%-a

elégedett, viszont a kórházi osztályok ellátottságával nincs megelégedve 15,6% nő (8 fő), és 11,9% férfi (5 fő), és hiányosnak tartja 43,1 % (22 fő) nő, és 30,9% (13 fő) férfi.

Javaslatok

Az ember számára mindig különleges problémát jelent, ha szervezetének megszokott formáját, működését valamilyen betegség alapvetően megváltoztatja.

Különösen nagy lehet ennek jelentősége akkor, ha ez a változás bizonytalan jövővel vagy a változás által kikényszerített életvitel-módosítással, a megszokottól eltérő, kényszerű ténykedésekkel, esetleg a környezetet is érintő következményekkel jár együtt. Átmenetileg vagy véglegesen létesített rendellenes testnyílások, azok gondozása, karbantartása speciális rendszabályokat, életmódot igényelhet. Viselőjének pszichéjét kisebb nagyobb mértékben befolyásolja, igénybe veszi, átalakítja.

A sztómás beteg „életbe való visszavezetésének” egyik legnagyobb problémája a társadalomba való újbóli beilleszkedés lehetősége.

Meggyőződésünk és tapasztalataink szerint a művi bélkivezetéssel lehet élni, nem csak vegetálni.

Arra kell törekedni, hogy a beteg korának megfelelő munkaképességet is elérjen.

A megkérdezettek több esetben igényelnék mintadarabok, eszközök bemutatásait, illetve prospektusok szétküldését a rendelőkbe a termékek fényképével, áraival, előnyeivel és hátrányaival feltüntetve.

Előnyös lenne az is, ha a betegek számára készülné tájékoztató az eszközökről, azok használatáról, életmódbeli tanácsokról.

Sokat jelentene a sztómaviselők számára, ha a segédeszközökre /papírvatta, ragasztó, bőrvédő eszközök, paszta stb./ újra támogatást kapnának.

A sztómaterápiás nővérek számát növelni kellene, illetve közismertebbé kellene őket tenni.

Más szakterületen dolgozó orvosok és egészségügyi dolgozók is vegyenek részt ilyen jellegű képzésben, hogy kellő ismeretekkel rendelkezzenek sztómás beteg ellátása során.

Melegség, érintés, közelség, gyöngédség, mindannyiunknak szükségünk van a szeretetnek ezen megnyilvánulásaira. Aki olyan nehéz és fájdalmas időszakon megy keresztül, mint egy daganatos beteg, az sokkal inkább igényli ezeket.

Jólesik, ha valaki bátorítja, szorosan átöleli. Nem kell szégyenkezni a hozzá legközelebb állók előtt, hiszen ők is bizonytalanok, nem tudják, hogyan segítsenek, ezért jó, ha ezt megmondják.

Merjenek őszintén beszélni problémájukról, és mi kívülállók merjük őket meghallgatni, és közösen megbeszélni azt.

A szexuális élet zavarainak kezelésénél, nagyon fontos a lelki tényezőkkel való törődés:

- Összetartozás nem azonos a szexuális tevékenységgel.
- „Sikertelenségen” a türelem, megértés szeretetteljes gondoskodás vezet át.

Az érzések kifejezését és ezáltal a társas kapcsolatok optimálisan tartását nehezíti az alapvető kommunikációs problémák, melyek a következők:

- A beteg nem szívesen mondja el mélységesen intim problémáit.
- Ha elmondaná, nem tudja “kulturáltan” megfogalmazni.
- Ha bagatellizálja, és ha túlhangsúlyozza, egyaránt nehezíti a befogadást.
- Az orvos, egészségügyi dolgozó nem felkészült ilyen információ fogadására és a megfelelő tanácsadásra.
- Nincs kellő információ.
- Nincs kellő rutin a megfogalmazásban, gond van a szerek és cselekmények megnevezésével.
- Elhárítja a beteget a problémák felvételkor.

Ha mindezen változtatni tudnánk, és ha őszintén beszélnénk róla, akkor kellő segítséggel és információkkal tudnánk segítséget nyújtani a sztómás betegeknek.

Nagyon fontos, hogy nyerjük el a betegek bizalmát, mely elősegítheti, hogy ők is nyitottak legyenek, és hajlandóak legyenek erről együtt beszélgetni, pszichológussal, szexuálpszichológus bevonásával egyetemben.

A 90-es évek elejétől – a meglévő problémák ellenére – jelentős fejlődés tapasztalható a jogalkotás területén.

Reméljük, hogy olyan országban, olyan Európában élhetünk, ahol megtesznek minden emberileg és anyagilag lehetséges erőfeszítést annak érdekében, hogy a sztómával élők mobilitási lehetőségei, és esélyegyenlősége közelítsen az egészséges emberéhez.

Jelentős szerepet játszik fejlődésük elő-

segítése érdekében alakult érdekcsoport, a Magyar ILCO Szövetség. A sztómával élő emberek önszervező csoportjainak tevékenysége felbecsülhetetlen társadalmi szolgáltatást jelent ahhoz, hogy minél hatékonyabban be tudjanak illeszkedni a társadalomba, és annak hasznos tagjai lehessenek.

Irodalomjegyzék

1. Besznyák, I. (1982): Colorectális tumorkok
Medicina Kiadó, Budapest
2. Drobni, S. (1982): Belsőbészet
Akadémia Kiadó, Budapest
3. Dubecz, S., ifj. Dubecz, S. (1993): Az anus prae korszerű ellátása
Medicina Kiadó, Budapest
4. Dubecz, S., ifj. Dubecz, S., Szállás, J. (1997): A hasi stomák korszerű ellátása
Medicina Kiadó, Budapest
5. Dubecz, S., Gönci, L. (1983): Anus praes betegek ellátása és gondozása
Medicina Kiadó, Budapest
6. Gyebnár, B., Kovács, I. (1997): Stomaviselők ellátottsága Békés megyébe
Nővér, 10. Évf. 3. szám
7. Hárdi, I. (1987): Pszichológia a betegágyánál
Medicina Könyvkiadó, Budapest
8. Helembai, K. (1992): Ápoláslélektan
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
9. Kovács, J., Moser, Gy. (2000): A stomaviselők életminősége és étrendje
Golden Book Kiadó. Budapest, pp. 9-15.
10. Köves, I. (1997): A colorectális daganatok komplex kezelése
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp 63, 152-165.
11. Köves, I. (1997): Stomák és sipolyok képzése és ellátása
Springer Hungarica Kiadó Kft.
12. Lapis, K. (2001): A rákról őszintén férfiaknak és nőknek
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
13. Palásti, J., Köves, I. (1992): A stomatherápia és szaktanácsadás jelentősége a vastagbél daganatos betegek rehabilitációjában
Alapítványi pályázat O. O. I. Budapest

“How they live” — The rehabilitation of patients living with stomas

Szabó, M., Raskovicsné Csernus, M., Deák, Gy.

Objective: The authors' objectives included identifying the factors that disrupt the quality of life and the sexuality of persons with stomas. They also investigated whether the patients receive sufficient assistance, and take advantage of the opportunities available to them, and whether the conditions for quality stoma care are in place at the hospital and in the course of day-to-day living.

Method: In the course of the survey a total of 110 questionnaires were distributed, of which 93 were suitable for evaluation. The authors applied descriptive and mathematical statistical methods for the processing of the data.

Results: Women are quicker to acquire stoma-care skills than men, so a greater number of men require assistance in the course of their daily activities. With regard to sexual relations no general conclusions can be drawn. The respondents were satisfied with the assistance and support they received from society, but considered the facilities at hospital departments to be lacking.

Conclusions: The authors regard it as important for a structured rehabilitation process to be available for stoma patients. They highlight the importance of efforts to ensure that patients regain the working abilities appropriate for their age. Besides professional treatment, the use of problem-identifying communication techniques are an effective means of assisting the patient's reintegration into the family and society. Assistance in this is provided by the self-help groups established by patients.

A betegklubok hatása az osteoporosisban szenvedő betegek életmódjára és ismereteire

Szabó Jánosné

diplomás ápoló,

Egészségügyi Kombinát, Jánossomorja

Összefoglaló

A vizsgálat célja: felmérni az Osteoporosis Gondozóban megjelenő, és az önségítő klubokba járó betegek körében a betegségre és az életmódból adódó kockázati tényezőkre vonatkozó ismeretek, valamint azok megszerzésének módja közötti különbségeket.

Módszer: a vizsgálat során önkitöltős anonim kérdőív került alkalmazásra.

Eredmények: a kockázati tényezők tekintetében betegek ismerete mind a két csoportban hiányos. Kiemelhető, hogy betegségüket csak kevesen érzik súlyosnak, akár halállal is fenyegetőnek. Csak a megkérdezettek felének elegendő az ismerete arról, hogyan kerülhetik el a töréseket. A klubba járó betegek szervezett előadásokon igyekeznek információt nyerni a betegségükről. A szakrendelésen ellátott betegek a szakorvost tekintik elsődleges információforrásnak. A média továbbra is előkelő helyet foglal el az információ szerzés módszerei között.

Következtetés: csak a beteg szoros együttműködésével lehet a betegség kezelésében eredményeket elérni. A beteg-compliance jelentősen javítható az ismeretek bővítésével, a hasonló sorsok megismerésével, konkrét jó tanácsokkal.

Bevezetés

Az osteoporosis napjainkban az érdeklődés középpontjába került. Jelentősége gyakoriságában, szövődményeiben, elsősorban a csonttörések, morbiditási, mortalitási, gazdasági és szociális következményeiben van. Az ilyen jellegű csonttörések mind a betegre, mind pedig a társadalomra komoly terhet rónak. Az Egészségügyi Világszervezet szerint a csontritkulás a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségek mellett a legjelentősebb népegészségügyi probléma. Ma a világon hozzávetőleg 200 millió csontritkulásban szenvedő ember él, ebből Európában, az Egyesült Államokban és Japánban mintegy 75 millió, a teljes lakosságra vonatkoztatott incidencia 9-15% között mozog. Magyarországon kb. 900 000 ember érintett. A nő-férfi arány 2:1 (Horváth et al., 2006, Bors et al., 2001, Mikó, 2001).

Az osteoporosis

Az osteoporosis szó lyukacsos, szivacsos csontot jelent. A korábban masszív csontok fokozatosan elvékonyodnak, belsejük lágy és szivacsos lesz, ennek következtében könnyen törnek.

Az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint az osteoporosis a csontrendszer szisztémás megbetegedése, amelyet a csonttömeg csökkenése, a csontszövet mikroarchitektúrájának károsodása és a csonttörés fokozott kockázata jellemez. A normális csontképzésben az osteoclastok és az osteoblastok egyensúlyban vesznek részt. Osteoporosisban hiányzik a két tényező szabályozott kapcsolata. Oka lehet az elégtelen csontépítés, a túlzott mértékű csontbontás, vagy a kettő együttes zavara. (Kadlecsek, Lakatos, 2001)

Az osteoporosisok felosztása

1. Primer osteoporosis, oka nem ismeretes. Megjelenési formái:

1.1 Praesenilis csontritkulás

Az oestrogénhiány skeletális hatásai állnak a folyamat középpontjában. A csontszövetben felszaporodnak a csontbontó, és a növekedési faktorok, amelyek eredményeképpen kalcium áramlik ki a csontból, a csontgerendák vékonyodnak, perforálódnak, szilárdságuk csökken

1.2 Senilis, időskori csontritkulás

Ebben a típusban az oestrogénhiány extraskeletális hatásai dominálnak. Oest-

rogén hiányában csökken a kalcium felszívódása a bélből, és nő a vizelettel történő kalciumvesztés. Ezen folyamatok következményeképpen, a vérben a kalcium koncentrációja csökkenő tendenciát mutat, amely szekunder hyperparathyreosis-t vált ki, és ez végső soron fokozott csontreszorpciót és csontvesztést eredményez.

Bár az elmúlt évtizedekben a női osteoporosis vizsgálata állt a kutatások előterében, az újabb adatok azt igazolják, hogy a relatív oestrogénhiány áll a férfiak korral járó osteoporosisának is a középpontjában. (Béres et al., 2000)

2. *Secunder osteoporosis*

Meghatározott betegség következményeként alakul ki, pl.: oestrogen- ill. androgen hiány, alkoholizmus, diabetes, idült veseelégtelenség, immobilizáció, idült gyomor- és bélbetegségek, felszívódási zavarok. (Genti et al., 2006)

Az osteoporosis kockázati tényezői

Az osteoporosis multifaktorális betegség, klinikai manifesztálódását belső és külső tényezők együttesen determinálják. Ezek a következők: női nem, idős életkor, fehér rassz, alacsony testtömeg, vagy nagyfokú (10%-ot meghaladó) testtömeg veszteség, pozitív családi anamnézis, anamnézisben csonttörés, alultápláltság, dohányzás, immobilizáció, anamnézisben szervtranszplantáció, hyroxinkezelés, glucocorticoid túltermelés, krónikus szervi betegségek, kisebb csontdenzitás, kalciumhiányos táplálkozás, idült gyomor- és bélbetegségek, felszívódási zavarok.

Feltételezhető kockázati tényezők: alkohol, koffein, késői menarche, korai menopausa, rheumatoid arthritis, gyógyszerek (heparin, kumarinok, theophyllinek, diuretikumok).

Tünetek

A kezdeti tünet (terheléskor fellépő, pihenésre szűnő hát- és derékfájdalom) annyira hétköznapi panasznak tűnik, hogy gyakran oda sem figyelnek rá. Mivel állandó panaszokat csak a későbbi időszakban okoz, így szinte észrevétlenül alakul ki a már maradandó elváltozás. Ezért a találó „*néma járvány*”

elnevezés. Az állandó, *terheléskor erősödő* hát- és derékfájdalom az izmok, szalagok feszüléséből jön létre. A háti domborulat fokozódik, a testmagasság jelentősen csökken, ezek következtében az *ágyéki görbület elsimul*, a hátizomzat és a szalagok megfeszülnek, a hasizmok tónusa csökken, megnyúlnak, elengednek, a has előreesik. A betegségben a gerinc alakváltozásai miatt az izomzat is átalakul. A hátizmok, a lapockazáró izmok túlnyúlnak, míg a mellizmok, a bordaközi izmok zsugorodnak. A medence hátrabilenése miatt a csípő és alsó végtag izmai is átrendeződnek. Az állás fokozott izommunkát követel, a járás pedig a súlypont megváltozása és az alsó végtagi izmok változásai miatt még nagyobb erőt igényel. A rosszul működő izomzat nem tudja korrigálni a megingásokat, ezért nő az elesés kockázata.

Jellegzetes lesz tehát a beteg *testtartása*, mivel a test egyensúlyát csak úgy tudják megtartani, hogy könyökeiket hátrahúzzák, vagy hátratett kézzel állnak. Előrehaladott esetben a járás is bizonytalanává válik. Következményként kis erőbehatásra *csonttörések* jönnek létre, leggyakoribbak a csigolyák, a combnyak és a csukló törése. Az osteoporosis klasszikus röntgentünete az áttűnő csigolyatest finom, hosszanti csíkozottsággal, sclerotikus zárólemezekkel. A legfontosabb elváltozás a *csigolyák alakjának megváltozása* (bikonkáv, zárólemez beroppanás, teljes összeroppanás), amely főleg a háti és ágyéki szakaszon gyakori, különösen a dorsolumbalis átmenet közelében.

Az osteoporosis prevenciója

A *primer prevenció* fiatal korban a „*csúcs-csonttömeg*” lehető legmagasabb szintjének elérését jelenti, amely egészséges életmóddal, megfelelő kalcium és D-vitamin bevitellel, testedzéssel, úszással jelentősen befolyásolható.

A *szekunder prevenció* a célzott szűrővizsgálatok végzését, a magas rizikójú személyek kiszűrését és mielőbbi kezelésbe vételét jelenti.

A *tercier prevenció* a már kialakult osteoporosis további progressziójának csökkentését, a következményes fracturák kialakulásának megakadályozását jelenti. (Bors et al., 2001, Lositsné et al., 2001)

A csonttritkulás diagnosztikája

A csonttritkulás korszerű diagnosztikája magába foglalja a kockázati profil meghatározását, és az irányelveknek megfelelő diagnosztikai eljárást.

Kezelés

A terápia komplex, amely magában foglalja a kockázati tényezők kiiktatását, az esések rizikójának csökkentését, a hatékony és bizonyított töréscsökkentő gyógyszeres kezelést, a gyógytornát és egyéb fizioterápiás eszközöket, segédeszközöket, szükséges műtéti eljárásokat. Az osteoporosis kezelése és prevenciója sok tekintetben leginkább a nem gyógyszeres eljárások vonatkozásában összemosisodik. A napsütés, UV-fény kedvező hatása a D-vitamin-anyagcserére, a folyamatos kalcium- és D-vitamin-pótlás, a táplálkozás bizonyos elemei ugyanis egyrészt a terápia részei, másrészt pedig részei a további csontvesztés megelőzésének. A diéta és a környezeti faktorok szerepe ugyancsak nem választható el egyéb prevenciók eljárásoktól pl. mozgásterápia, dohányzás elhagyása stb. (Mikó, 2001)

Önsegítés a betegklubokban

Az önsegítő csoportok olyan elsődleges csoportok, amelyekben hasonló gondokkal küzdő emberek társulnak, és problémáikra az egymással való személyes kapcsolatokon keresztül keresik az optimális megoldást. Tagjaik számára lelki támogató, védő funkciót töltenek be. (Antal, 1995)

A beteg emberek, illetve a betegek hozzátartozói részére a sorstársak egészen különleges *lelki támaszt* jelenthetnek. Főleg az idült betegségekben szenvedők körében az ötvenes évek óta terjed az önsegítő csoportok mozgalma, ennek igen nagy a mentálhigiénés szerepe, ugyanis a betegek *aktivitását* váltják ki, illetve az önsegítő szervezetek *támaszcsoportként* is működnek, védenek a szorongás, a depresszió, a megváltozott képességek miatti szociális izoláció kialakulása ellen.

Örvendetes a tény, hogy a csonttritkulásos betegek, *Osteoporosis Betegek Magyarországi Egyesülete (OBME)* néven civil szervezetet hívtak életre 1999. március 22-én. Az önkéntesen létrehozott, közhasznú, non profit

civil szervezet, amely az osteoporosisban szenvedő betegeknek, vagy a betegségre fokozottan veszélyeztetetteknek kíván *tájékoztatást nyújtani* magáról a betegségről, annak megelőzéséről és kezeléséről. Az önállóan működő klubokat tömörítő szervezet elsődleges céljának tekinti, hogy az egészségügyi kormányzat kiemelt népegészségügyi kérdésként kezelje az osteoporosist. A tagklubokat többnyire orvosok vezetik, akikre ez a munka a napi feladataik ellátása mellett igen nagy terhet ró, de egyre nagyobb szerepet kapnak a klubokat vezető háziasszonyok is. Nagy az igény az ilyenfajta társulásokra, egyre többen jelentkeznek a klubokba.

Ma még problémát jelent, hogy a betegek nagy számához képest meglepően kevés a csonttritkulásban szenvedő betegek klubjainak száma. A vidéken, kistelepüléseken élők számára kifejezetten nehéz az ilyen lehetőségek megtalálása. A jól és rendszeresen működő klubok általában az osteoporosis vagy menopausa szakrendelések köré szerveződnek. A kisebb településeken az idősek klubján belül tartanak helyenként életmóddal kapcsolatos előadásokat, tanácsadásokat, és itt időnként az osteoporosis témáját is feldolgozzák a szervezők.

A vizsgálat

A vizsgálat célja

Kérdőíves módszerrel felmérni a betegségre vonatkozó ismeretek mélységére, az ismeretszerzés módjára vonatkozó különbségeket a mosonmagyaróvári Karolina Kórház Rendelő Intézet Osteoporosis Gondozó ill. Rehabilitációs osztályán megjelenő, illetve a Magyarországi Osteoporosisos Betegek Társasága elnevezésű, Budapest III. kerületében működő önsegítő klubba, és a tatabányai Turul Csontritkulás Egyesületbe rendszeresen járó betegek körében. Megvizsgálni, hogy eredményez-e kimutathatóan tudatosabb egészségmagatartást az önsegítő klubok által biztosított többletinformáció, a közösség támogató jellege. Tisztázni, hogy a betegek ismereteiben van-e különbség az életmódjukból adódó kockázati tényezők, és ezeknek a csökkentése érdekében tett változtatásaik tekintetében.

Vizsgálati módszer és minta

A vizsgálat során önkitöltős anonim kérdőív került alkalmazásra, amely a szociodemográfiai adatok mellett az osteoporosis rizikótényezőivel, az életmód és a betegség összefüggéseivel, a tünetekkel, az információ szerzés módszereivel foglalkozik. Azonos kérdéseket tartalmazó kérdőívek kiosztására a szükséges engedélyek megszerzése után 2008. január-március között került sor.

A szakrendelésen kiosztott 105 db kérdőív-ből csak 67 érkezett vissza, ebből 59 volt értékelhető (N=59). A betegklubokban kiosztott 105 kérdőív-ből 100 érkezett vissza, ebből 98 volt értékelhető (N=98). A klubokban minden jelenlévő aktívan, érdeklődően és segítőkészen töltötte ki az ívet. A teljes minta N=157.

Az adatok feldolgozása

A kérdéscsoportok feldolgozása SPSS for Windows 15.0 program segítségével történt.

Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy az osteoporosisos betegek ismeretszintje a betegség kialakulásában szerepet játszó rizikótényezőkkel, és az állapotmegőrzés szempontjából fontos ismeretekkel kapcsolatban jóval alacsonyabb, mint az osteoporosisklubba járó sorstársaiké.

2. Feltételezem, hogy az osteoporosisal kapcsolatos információk terjesztésében az egészségügy helyett a média tölti be a legfontosabb szerepet a nem klubba járók csoportjában, míg a másik vizsgált csoport esetében a meghívott szakelőadóktól származnak ismereteik.

3. A klubba rendszeresen eljáró betegek gyógytorna foglalkozásokat szervezve, életmód klubba járva felkutatják azokat a lehetőségeket, melyek alkalmazásával jelentős sikereket érhetnek el a „jelen állapot” megőrzése érdekében.

Eredmények

A kérdőívek feldolgozása során a teljes minta (N=157) nemek szerinti megoszlása: 10 férfi, 147 nő. Valamennyi férfi válaszadó a szakrendelésen vett részt, a vizsgálatban résztvevő betegklubokat férfiak nem látogatják.

A kérdőívet kitöltők között (érthetően) igen magas az idősök aránya. A klubba járók, (N=98) 93,88%-a, a szakrendelésre járóknak (N=59) 55,93%-a 60 év feletti. A szakrendelésre járók között azonban jelentős a 36-60 év közöttiek aránya (38, 98%), míg ez a klubba járók csoportjában csak 4,08%.

A klubba járók csoportjában az iskolai végzettség láthatóan magasabb, mint a másik csoportban. A klubba járók 21,4%-a végzett felsőoktatási intézményben, a szakrendelésben válaszolóknak pedig 10,2%-a. A klubba járóknak 57,1%, a szakrendelésre járóknak 33,9%-a érettségizett. Ez arra enged következtetni, hogy a magasabb iskolai végzettségű emberek szívesebben keresik fel a betegklubokat.

A betegklubban válaszolók között a klub látogatásának gyakorisága változó, többségük (80 fő) havonta látogatja a klubot. A klub által meghívott előadók havonta 1 alkalommal tartanak előadásokat. A válaszból valószínűsíthető, hogy a klubtagok leggyakrabban ezekre a szervezett előadásokra járnak el.

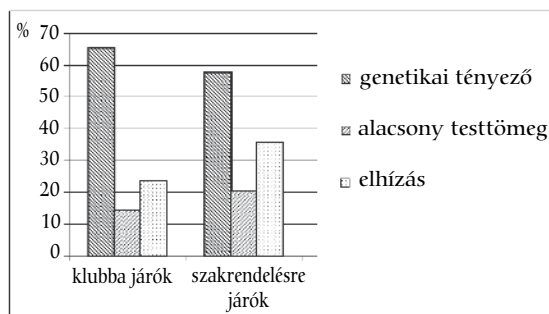
Első hipotézis vizsgálata

A betegség kialakulásában szerepet játszó rizikótényezőkkel, a betegséggel és az állapotmegőrzéssel kapcsolatos ismeretekre vonatkozó kérdésekre a következő eredményeket kaptam:

Kockázati tényezők felismerése (1. ábra)

- A genetikai tényezőt a klubba járó betegek 65,3%-a, a szakrendelésen megjelenteknek 57,6%-a tekintette kockázati tényezőnek.

1. ábra: A csonttritkulás kialakulására hajlamosító tényezők megítélése a megkérdezettek válaszainak megoszlása szerint, % (N=157)



- Az alacsony testtömeget a klubba járók 14,3%-a, a szakrendelésen megjelentek 20,3%-a vélte csak rizikónak. Ellenben a hajlamosító tényezők közé nem tartozó elhízást a válaszolók 28%-a (a klubban 23,5%, a szakrendelésen 35,6%) tartotta annak.

Tamási László, Lukács Katalin, Flórián Ágnes felmérésében megállapította, hogy az osteoporosis primer prevenciója hiányos. (Tamási et al., 2000) Ezt erősíti meg, hogy a vizsgálatomban a betegek a rizikótényezők tekintetében viszonylag kevés ismerettel rendelkeznek mind a két csoportban. A klubban megjelentek körében az elvárásommal szemben, kevesebb százalékban ismerték fel a betegségük kockázati tényezőit. A másik célcsoport válaszolói ezekben a kérdésekben több információval rendelkeznek.

Következmények

- A betegek tájékozottabbak, de a betegség következményeinek ismeretében (a kockázati tényezőkhöz hasonlóan) nem jelentkezik kimutatható különbség a klub tagjai és a szakrendelésen megjelent betegek ismeretei között. Kiemelést érdemel, hogy egyik csoportban sem tartják a betegség következményeként számon a halál lehetőségét.

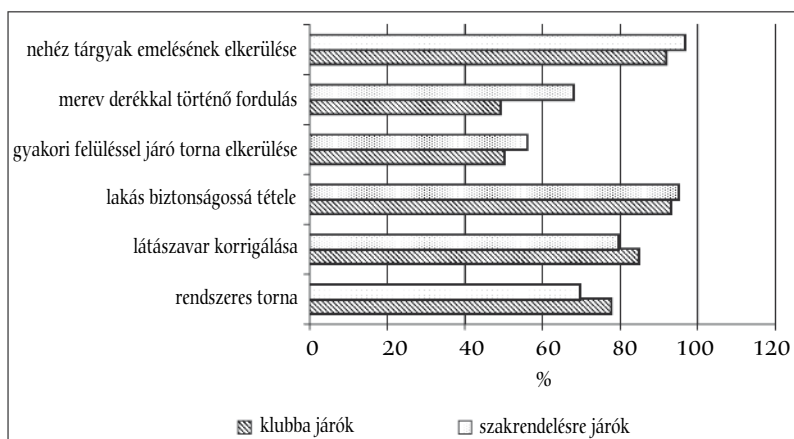
Saját kockázati tényezők felismerése (2. ábra)

- A látászavar korrigálását a klubban 84,8%-ban, a szakrendelésen 79,4%-ban tartják

szükségesnek az elesések megelőzése érdekében.

- A lakásukat a klubban megjelentek közül 92,9%-ban, a szakrendelésen 94,9%-ban tennék biztonságosabbá az elesések csökkentése érdekében.
- A csigolyákra ható kompresszió rotációs és flexiós mozgás során nő, ezért súlyos csonttritkulás esetén a betegeknek meg kell tanítani a helyes felülést. A klubban megjelent betegek 50%-ban, a szakrendelésen megjelentek 55,9%-ban gondolják, hogy csonttritkulás esetén nem szabad gyakori felülésekkel végzett tornagyakorlatokkal biztosítani a rendszeres mozgást. Sajnos, a válaszok szerint a klubban 35-en, a szakrendelésen pedig 24-en mégis ilyen módon tornáznának.
- A válaszolók közül a klubban lévők 49%-a, a szakrendelésre járóknak 67,8%-a véli, hogy meg kell tanulnia merev derékkal fordulni és felülni a csigolyákra ható nyomóerő csökkentése miatt.
- A nehéz tárgyak emelését a klubban 91,8%-ban, a szakrendelésen 96,6%-ban tartják veszélyesnek.
- Súlyos csonttritkulás esetén a klubban 56,1% a szakrendelésen 55,9% gondolja azt, hogy tüszentéskor fontos a helyes testtartás, megelőzve ezzel az esetleges csigolyatörést.
- A klubban megjelentek közül 88,8%, a szakrendelésen megjelentek közül 71,2% gondolja, hogy az időskori csontvesztés egyik oka a mozgáshiány.

2. ábra: Csontritkulás esetében az egyéni kockázati tényezők csökkentésének lehetősége a megkérdezettek válaszainak megoszlása szerint, % (N=157)

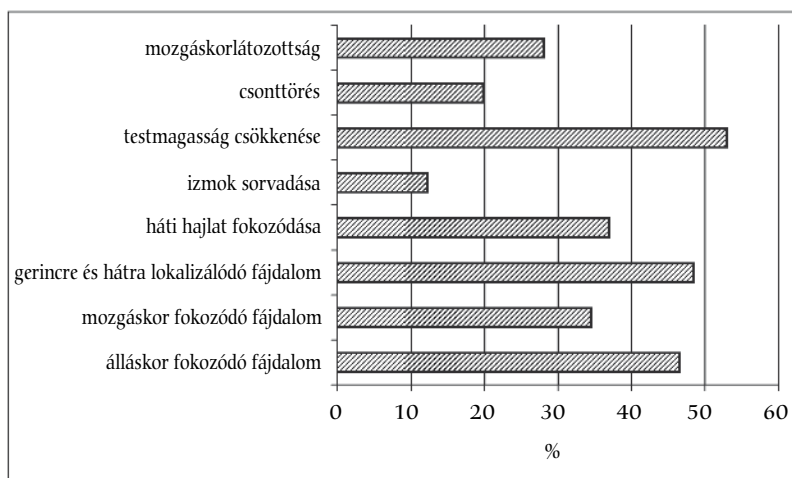


- Az osteoporosisos betegek számára elengedhetetlen a rendszeresen végzett gyógytorna. A rendszeres tornát a klubba járók 77,6% tartja fontosnak, a szakrendelésre járók közül 69,5%.
 - A kalciumot szedők közül csak kevesen vannak tisztában azzal, hogy a gyógyszer rostos ételekkel együtt nem szabad bevenni, mindkét csoportban 10,2%.
- Panaszok és tünetek (3. ábra)*

fokozódó fájdalma a tartós állás kapcsán, 48,4%-nak van a gerincre és a hátra lokalizálódó fájdalma, 34,4%-nak van mozgásra erősödő fájdalma.

- A háti hajlat fokozódását a betegek 36,9%-a említette panaszként.
- Az izmok sorvadása a betegek 12,1%-nál jelentkezett.
- A testmagasság csökkenését 52,9% említi.
- Csonttörést a betegség a válaszolók 19,7%-

3. ábra: Panaszok és tünetek a vizsgálatban részt vevők körében a válaszok megoszlása szerint, % (N=157)



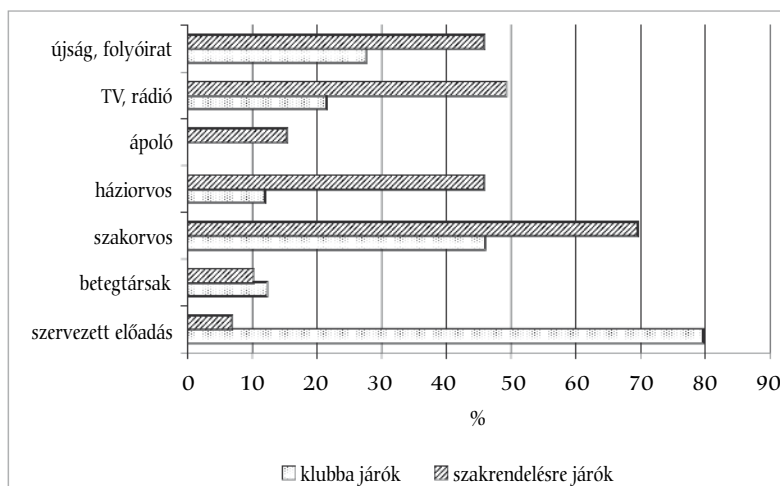
- A válaszok szerint a betegek többségénél a panaszok között első helyen a fájdalom áll, ez jelenti számukra a legnagyobb problémát. A megkérdezettek 46,5%-nak van

ának okozott, mozgáskorlátozottságot 28% jelzett.

Második hipotézis vizsgálata

Az ismeretek forrása (4. ábra)

4. ábra: A csonttritkulásra vonatkozó ismeretek forrásai a válaszok megoszlása szerint, % (N=157)



- Szervezett előadásokat a betegklubban megjelentek 79,6%-a, a szakrendelésen megjelentek 6,8%-a jelölte meg az ismerteti forrásaként.
- A betegtársaktól a klubba járók 12,2%-a, a szakrendelésre járók 10,2%-a szerzett információt.
- Szakorvostól a klubban válaszolóknak 45,9%-a, a szakrendelésre járóknak 69,5%-a kapott információt.
- A háziorvosától kapott információt a klubban megjelent betegek 11,9%-a, a szakrendelésen megjelentek közül 45,8%.
- Információt az ápolótól a klubban válaszolók közül senki nem kapott, a szakrendelésen megjelenők között 15,3%. A felmérés adatai alapján e betegség tekintetében az ápolók felvilágosító munkája elégtelen, ezért a betegek nem tekintik információforrásnak az ápolókat.
- A TV-t, rádiót a klubban járók 21,4%-ban, a szakrendelésen válaszolók 49,2%-ban szerepeltetik az információ forrásaként, az újságokat, folyóiratokat a klubban válaszolók között 27,6%, a szakrendelésen pedig a betegek 45,8%-a jelölte meg. Megállapítható, hogy a vizsgálatomban a média tájékoztató szerepe kevesebb, mint más kutatásban, ahol a résztvevők körében a tájékoztatást illetően a média áll az első helyen 76%-ban, az egészségügy pedig csupán 14%-ban szerepel. (Bothné, 2000)
- Az információszerzés módjáról megállapítható, hogy a betegklubba járók tekintetében az információjuk forrásának a szervezett előadásokat tekintik elsősorban a betegek ellentétben, a szakrendelésen járók tekintetében a szakorvos, és a médiák állnak az első helyen.

Az alapellátás szerepe az információszerzés tekintetében

- A klubba járó betegek 30,6%-a, a szakrendelésen megjelentek 76,3%-a válaszolta, hogy kapott tájékoztatást az alapellátásban dolgozóktól. Az összes válaszadó 40,8%-a nem kapott betegségéről információt az alapellátásban dolgozóktól
- A klubban válaszolók 27,6%-ban a házi-orvostól kapták a legtöbb információt. Az ápolót a válaszadóknak csak 1%-a jelölte meg információforrásként, és a védőnőtől

is 1% kapott tájékoztatást. A fogászatról senki sem kapott információt.

- A szakrendelésen válaszoló betegek közül 71,2% a háziorvostól kapott tájékoztatást, 16,9% pedig a körzetben dolgozó ápolótól. Ebben a csoportban a válaszadók közül senki nem kapott semmilyen információt a védőnői hálózattól, illetve a fogászattól sem.

Harmadik hipotézis vizsgálata

Életmód

- Táplálkozás tekintetében a válaszadók többsége az ételek kalcium és D-vitamin tartalmára figyel, a klubban válaszolók között a kérdezettek 83,7%-a, a szakrendelésre járóknak a 89,8%-a.
- A szabad levegőn tartózkodás tekintetében tanácsos különbséget tenni fiatalok és idősök között. Nyilvánvaló, hogy a napfény-expozíció optimális mennyiségének meghatározása igen nehéz. A szervezet D-vitamin-státuszát a napfény (UV-sugárzás) javítja, ehhez azonban az idősöknek hosszabb ideig kell a napon tartózkodniuk az optimális hatás elérése érdekében. A klubba járó betegek közül többen 22,4%-ban válaszolták, hogy a betegség felismerése óta sokat tartózkodnak napon, a szakrendelésen járók közül csak 5,1%-ban válaszolták ugyanezt.
- A mozgásaktivitásra irányuló kérdéscsoportra adott válaszok szerint válaszadók 10,2%-a keveset mozog a fájdalmai miatt. 40,8%-a csak a házkörüli tevékenység kapcsán mozog. Rendszeresen 10,2%-a jár el gyógytornára. Szabadidős sportot csupán 5,7% űz, és 14,6% tornázik hetente. A klubba járók között a fájdalmai miatt keveset mozog 2%, míg a szakrendelésen válaszolók csoportjában ez 23,7%. A két vizsgált csoport eredményeinek összevetéséből látható, hogy a klubba járó betegek csoportjában fontos a tudatos mozgás a betegség kezelése, és az állapotromlás megelőzése céljából.

Értékelés

Az első hipotézisem a vizsgálat során nem igazolódott. A vizsgálatban részt vett, klubba járó betegek nem rendelkeznek nagyobb és mélyebb tudásszinttel a betegségük kockázatai, következményei tekintetében a

szakrendelésen megjelent, és a vizsgálatban részt vett társaikkal szemben. Összeségében megállapítható, a betegek ismerete a kockázati tényezők tekintetében hiányos.

A betegség következményeivel többen vannak tisztában, de itt sincs különbség a két csoport között. Kiemelhető, hogy betegségüket csak kevesen érzik súlyosnak, akár halállal is fenyegethetőnek. Állapotuk megőrzésének céljából a felmért kérdések tekintetében megállapítható, hogy csak a megkérdezettek felének van elegendő ismerete arról, hogyan kerülhetik el a súlyos következményt, a töréseket.

A második hipotézis tekintetében megállapítható, hogy a klubba járó betegek valóban a szervezett előadásokon igyekeznek információt nyerni a betegségükről, míg a szakrendelésen válaszolók a szakorvost tekintik elsődleges információforrásnak. A médiák továbbra is előkelő helyet foglalnak el az információ szerzés módszerei között. A 2. hipotézisem második része nyert megerősítést.

A 3. hipotézisem bizonyítást nyert. A klubba rendszeresen eljáró betegek körében igazolást nyert, hogy fontosnak vélik a mozgás szükségességét a „jelen állapot” megőrzése tekintetében. Sokat tartózkodnak, mozognak a szabadban, a napon, ezzel a D- vitaminképződést serkentve.

Összegzés, javaslatok

Az osteoporosis a csontrendszer mennyiségi és minőségi romlásával járó betegség. Nagyszámú embert érint, és kezdetben kevés tünettel jelentkezik.

Nemcsak a leggyakoribb csontanyagcserebetegség, hanem a következtében kialakuló csonttörések révén számos idő előtti halálesetért is felelős. Jelenleg még a csonttritkulás aluldiagnosztizált, és a rendelkezésre álló hatékony gyógyszerek ellenére még mindig alulkezelt népbetegség.

Napjainkban még a manifeszt csonttritkulásban szenvedő betegeknek is csupán a 10%-a részesül az irányelveknek megfelelő, hatásos gyógykezelésben. E betegek fele fél év elteltével beszünteti a kezelést, pedig az új irányelvek legalább 3-5 éves kezelési időt írnak elő. (Bartl, 2007, Kommentár: dr. Lakatos)

A beteg-compliance jelentősen javítható az ismeretek bővítésével, a hasonló sorsok megismerésével, konkrét jó tanácsokkal. Ehhez kiváló lehetőséget nyújtanak a betegklubok. A betegek, és azok is, akik még nem betegek, a klubokban megkaphatják a nyugodt légkörben adott tájékoztatást és nagyon sok esetben szolgáltatásokat is, melyeket a zsúfolt orvosi rendelőkben a túlterhelt orvostól – idő híján – nem mindig kapnak meg.

A betegek nagy számához képest viszont a klubok száma alacsony, és a meglévők, a gazdasági változások negatív hatásai miatt, sok nehézséggel küszködnek.

Célravezető lenne, ha a klubok együttműködést kezdeményeznének más civil szervezetekkel. A csonttritkulás elsősorban az idős korosztály betegsége, ma hazánkban a nyugdíjas szervezetek száma magas, nagy taglétszámuk kiváló lehetőséget nyújthat, hogy több fokozottan veszélyeztetett emberhez jussanak el az információk.

Az ápolóknak több részt kell vállalniuk az egészségnevelésben, az információk terjesztésében. Nőtt a diplomával dolgozók száma az ápoló munkakörökben. Az alapellátásban is kívánatos lenne, hogy egyre több ápoló dolgozzon magasabb szakképesítéssel. A társadalmi igényekkel ellentétben a háziorvosi ellátás jelenleg még betegségközpontú, nincs felkészülve egészségfejlesztő tevékenység végzésére. Az alapellátásban bekövetkezett magántulajdon megjelenése, az ápolást még inkább a gyógyító tevékenység befolyása alá vonta, ezzel az ápolást a szakmai hierarchia peremére szorította. A körzeti-közösségi ápolóknak saját környezetükben életmódprogramok, ismeretterjesztő programok szervezésével ki kellene venniük a részüket a csonttritkulás elleni küzdelemben. Ezzel szemben a felmérésemből az derült ki, hogy ma még a betegek jelentős része nem kap, és nem kér információt, tájékoztatást az ápolóktól.

A „csúcs-csonttömeg” maximálásának érdekében fontos az ifjúság megszólítása. Ezt sportprogramok, a családoknak szóló, helyi egészségmegőrző, életmódprogramok szervezésével lehet elérni. E tekintetben is több szerepet kell vállalni a körzetekben dolgozó ápolóknak.

Irodalomjegyzék

1. Antal, Z. L. (1995): A gyógyítás társadalmi beágyazottsága
Szociológiai Szemle, 2, 3-23.
2. Bartl, R. (2007): A csontritkulás korszerű irányelvek szerinti kezelése Kommentár: dr. Lakatos, P. Orvostovábbképző Szemle, 14, 9, 69-76.
3. Béres, L. et al. (2000): A menopauza endokrinológiája
Hippocrates, 2, 1, 49-51.
4. Bodrogi, B., Kálmán, Zs. (2001): Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karrierről
Nővér, 14, 5,
5. Bors, K. et al. (2001): Ajánlás az osteoporosis prevenciójára, az osteoporosisos beteg rehabilitációjára.
Ca és Csont, 7, 3, 114-200.
6. Bothné Murguly, K. (2000): Néma járvány: osteoporosis
Nővér, 13, 2, 13-19.
7. Genti, Gy., Péntek, M., Licker- Fóris, E. (2006): A szekunder osteoporosis néhány formája: diagnosztika és kezelés
Lege Artis Medicinae, 4, 333-338.
8. Horváth, O., Makrainé Horváth, A. (2006): A csontritkulás, korunk néma járványa
Nővér, 19, 2,
9. Kadlecsek, Sz., Lakatos, P. 2001: A csontanyagcsere sejtszintű szabályozása Ca és Csont, 4, 2, 54-60.
10. Körvélyesiné Samu, Gy., Dr. Mari, A.-né (2003): Körzeti-közösségi ápolók szerepe az egészségpolitikai célkitűzések megvalósításában
Nővér, 16, 3,
11. Lositsné Rozbora, A., Szalatnayné Sóti, V., Szarvas, A. (2001): Gondolatok az osteoporosis mozgásterápiájáról
Ca és Csont, 4, 3, 131-134.
12. Mata, Zs., Nagy A.-né., Bakonyi T.-né. (2003): Egészségfejlesztés az ápolásban II.
Nővér, 16, 5,
13. Mikó, I. (2001): Az osteoporosis diagnosztikája és terápiája
Hippocrates, 3, 1, 21-24.
14. Pikó, B. (2003): Magatartástudomány és orvoslás a XXI. században
Magyar Tudomány, 11, 1381.
15. Tamási, L., Lukács, K., Flórián, Á., (2000): A napi kalciumfogyasztás és mozgásvékenység reprezentatív felmérése Borsod megyei általános és középiskolások körében
Ca és Csont, 3, 2, 72-75.

The impact of patients' clubs on the lifestyle and awareness of osteoporosis sufferers

Szabó, J.

Aim of the study: To assess, among patients attending Osteoporosis Clinics and those who are members of self-help clubs, the differences in awareness of the disease and the lifestyle-related risk factors, and the means of acquiring such information.

Method: Anonymous, self-completion questionnaires were used in the survey.

Results: Knowledge of the risk factors is incomplete in the case of both groups. It is significant that only a few regard their illness as serious or potentially fatal. Only half of those surveyed have sufficient knowledge of how to avoid fractures. The patients who attend the clubs try to gather information regarding their disease at lectures organised for this purpose. The patients attending specialist clinics regard their consultant doctor as the primary source of information. The media continues to be an important means of gathering information.

Conclusions: Success in treating the disease can only be achieved through close cooperation with the patient. Patient compliance can be substantially improved through the raising of awareness, an gaining an understanding of similar cases, and the provision of specific, sound advice.

A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990–2008. között

Dr. Vas Gábor

*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészség-gazdaságtani,
Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék*

Dr. Kóti Csaba

Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu

Imhof Gábor

Pécsi Tudományegyetem, Gazdasági Főigazgatóság

Dr. Ágoston István

*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészség-gazdaságtani,
Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék*

Dr. Vas Bálint

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet

Dr. Betlehem József

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet

Kresák Gergely

Pécsi Tudományegyetem, Gazdasági Főigazgatóság

Dr. Boncz Imre

*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészség-gazdaságtani,
Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék
Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar,
Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont*

Összefoglaló

Célkitűzés: az egészségügyi ellátó rendszer egyik legfontosabb kapacitás adatának a kórházi ágyak számát lehet tekinteni. A dolgozat célkitűzése a magyarországi kórházi ágyszámok változásának vizsgálata az 1990–2008. közötti időszakban.

Adatok és módszerek: a szerzők a kutatás során a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adataival dolgoztak. Elemezték az összes, az aktív és a krónikus ágyak számának változását; az aktív és krónikus ágyak arányának változását és a 10.000 lakosra jutó ágyszámokat regionális bontásban.

Eredmények: az összes kórházi ágyak száma az 1990-es 101.954 darabról 71.565-ra csökkent 2008-ra. Az aktív kórházi ágyak száma az 1990-es 73.902 darabról 44.396-ra csökkent 2008-ra. A krónikus ágyak száma az 1990-es 28.052 darabról 27.169-re változott 2008-ra. Míg a rendszer-változáskor (1990) az aktív kórházi ágyak aránya 72,5 % volt az összes kórházi ágyak számán belül, addig ez az érték 79,4 %-ra emelkedett 1997-re, majd 2008-ra a kedvező 62,0 % arányra módosult.

Következtetés: a kórházi ágyak száma 1990–2008 között jelentősen csökkent Magyarországon, azonban a regionális megoszlás tekintetében továbbra is érdemi eltérések vannak.

Bevezetés, célkitűzések

Az egészségügyi ellátó rendszer egyik legfontosabb mérőszámának a kórházi ágyak számát lehet tekinteni. Korábbi cikkünkben (Vas et al., 2008) már foglalkoztunk a kórházi ágyak számának alakulásával nemzetközi viszonylatban. Az ott szerzett tapasztalatok és eredmények segítségünkre voltak abban, hogy mindezt hazai viszonylatban is megvizsgáljuk.

Mivel az egészségügy ebben az évtizedben is folyamatosan reformokon megy keresztül, minden eddiginél fontosabb megvizsgálni azt, hogy mely módosítások, szabályozások voltak a legnagyobb hatással a vizsgált mutatók változásaira. Kutatásunk során továbbra is az aktív illetve a krónikus ágyszámok változásait vesszük górcső alá, de megvizsgáltuk azt is, hogy melyek azok az ellátási osztályok, melyek az elmúlt évtizedben a legdrasztikusabb változáson mentek keresztül.

Ennek a kutatásnak az eredményeként szeretnénk megtudni azt, hogy az elmúlt évtizedben végrehajtott központi módosítások mennyire tűnnek racionálisnak a kórházi férőhelyek tekintetében, illetve hol és mikor történtek olyan mértékű számbeli módosulások, amelyek kézzelfogható mértékben változtatták meg az ellátást.

Dolgozatunk célkitűzése tehát a magyarországi kórházi ágyszámok változásának vizsgálata az 1990-2008 közötti időszakban.

Adatok és módszerek

Kutatásunk során a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adataival dolgoztunk. Munkánkat megnehezítette, hogy a szükséges adatok megfelelően rendszerezve 1997. előtt a Központi Statisztikai Hivatal állományában nem álltak rendelkezésünkre, ezért részint kiegészítés, részint kontroll jelleggel az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kapacitás adatait is elemeztük. Az ágyszámok esetében általában év eleji ágyszámokat használtunk.

A korábbi dolgozatunk (Vas et al., 2008) módszertanával szemben ezúttal nem

10.000 főre viszonyítottuk a kórházi ágyak számát, ugyanis sokkal élethűbb képet kapunk, ha e helyett az országban ténylegesen működő ágyak számát használjuk fel a vizsgálathoz. Az országos egészségpolitikai trendek vizsgálatához erre nem volt tehát szükség. Természetesen kivételt képeznek a regionális elemzések, hiszen itt az objektív összehasonlíthatóság érdekében a regionális ágyszámok 10.000 lakosra történő vetítése feltétlenül indokolt.

Munkánk során külön megvizsgáltuk az egyes ellátási osztályok helyzetének alakulását, külön csoportosítva aktív és krónikus osztályok szerint. A két csoport kialakítása mellett szólt, hogy egyrészt az ellátási osztályok csoportosításának ez az egyik legelterjedtebb módja, hiszen ilyen halmazok kialakításával a hasonló struktúrájú osztályok kerülnek egy vizsgálati csoportba. Másrészt ezáltal átfogóbb képet tudunk kapni a hazai ágyszámok alakulásáról, hiszen ha az egyes osztályok változásait külön-külön értékeljük, akkor kutatásunk kívánt eredménye elaprózódna.

Elemzésünk első részében megvizsgáltuk az összes kórházi ágyszám, az aktív és krónikus ágyszám változását 1990-2008. között. Ezt követően elemeztük az aktív és krónikus ágyak arányát az összes ágyszámon belül. Ennek célja az volt, hogy rámutassunk az alapvetően aktív ágyszám túlsúlyos egészségügyi rendszerben arra, hogyan sikerült kezelni az aktív ágyak magas és a krónikus ágyak alacsony számát illetve arányát.

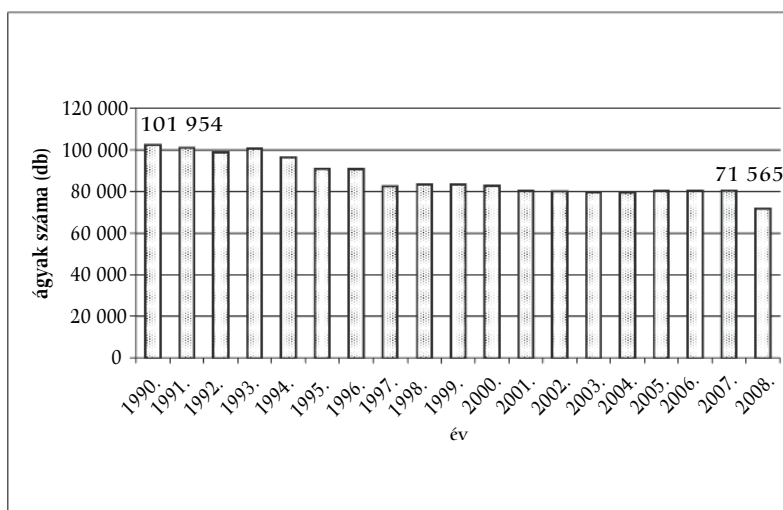
A következő lépésben bemutatjuk a tartós ápolási ágyak számának változását 1997-2007. között. Itt erre a 10 éves periódusra korlátozódott az elemzés, mivel a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisa nem tartalmaz adatot az ezt megelőző időszakra vonatkozóan.

Az utolsó lépésben azt mutatjuk be, hogyan változott a 10.000 lakosra jutó kórházi ágyak száma regionális bontásban.

Eredmények

Az összes ágyszámot tekintve nyomon követhető a vizsgált időintervallum során

1. ábra: A kórházi ágyszámok változása Magyarországon 1990-2008 között



megalkotott azon szabályozások hatása, amelyek az egészségügyet, azon belül is az ellátás struktúráját érintették.

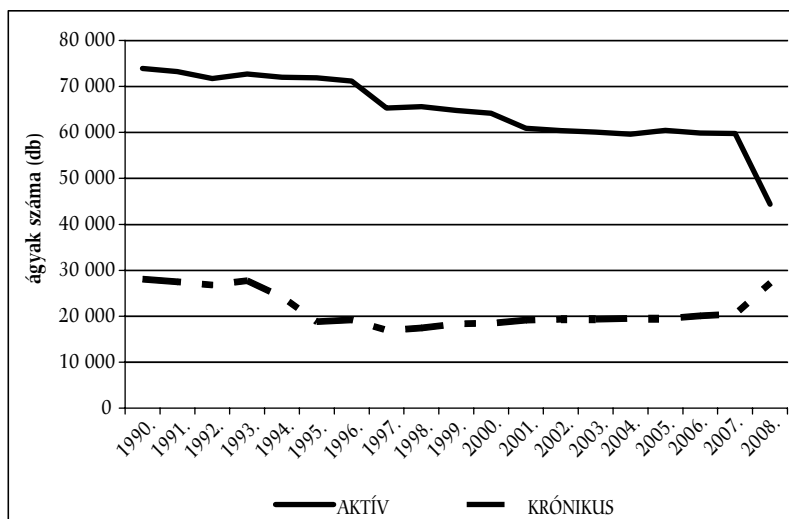
Az összes kórházi ágyak száma az 1990-es 101.954 darabról 71.565-ra csökkent 2008-ra (1. ábra). Ha megvizsgáljuk a grafikonot, akkor szembeötlő az 1996-1997 illetve a 2007-2008 közötti változás. Előbbi esetben a kórházi ágyak száma a korábbiakhoz képest jelentősen csökkent, míg a második időpontban a csökkenés mértéke ennél is súlyosabb. Ha nem vizsgálnánk meg részletesebben a magyar egészségügy egyes

szegmenseiben bekövetkezett változásokat, akkor egyből kijelenthetnénk, hogy a hazai ellátási rendszer minden ágában a férőhelyek egyértelműen csökkentek.

A helyzet azonban nem ennyire egyértelmű. Ahhoz, hogy átfogóbb képet kaphassunk, meg kell vizsgálnunk részleteiben a vonatkozó jogszabályok hatásait a férőhelyekre. Vizsgálatunk során ezért az összes férőhelyszám alakulásán kívül megnéztük az aktív és krónikus férőhelyek számát (2. ábra).

Az aktív kórházi ágyak száma az 1990-es 73.902 darabról 44.396-ra csökkent

2. ábra: A kórházi aktív és krónikus ágyszámok változása Magyarországon 1990-2008. között



2008-ra. Közben viszonylag egyenletes trendet látunk, vagyis a vizsgált közel két évtizedben egyenletes csökkenés volt megfigyelhető az aktív ágyszámok területén. Az aktív kórházi ágyak számának a következő jelentős változását a 2006. év hozta meg. Az ebben az évben elfogadásra kerülő, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló CXXXII. számú törvény jelentősen átrendezte a kórházi ágyak megoszlásának erőviszonyait. Az említett törvény eredményét azonban csak a 2007. évtől tudjuk megfelelően nyomon követni, tekintettel arra, hogy 2007. január 1-től lépett hatályba. A törvényhozó által megalkotott, a kórházi férőhelyek helyzetét rendezni kívánó jogszabály ugyanis az aktív kórházi férőhelyek számát megközelítőleg 15.000 (!!!!!) hellyel csökkentette.

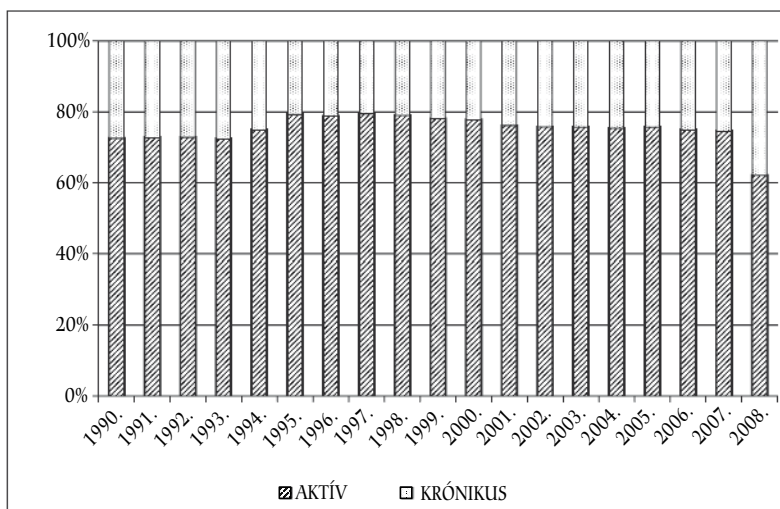
A krónikus ágyak száma az 1990-es 28.052 darabról 27.169-re változott 2008-ra. Itt azonban jóval érdekesebb trendet látunk, mint az aktív kórházi ágyak esetében. Míg az aktív kórházi ágyak száma egyenletesen csökkent, addig a krónikus ágyak esetében 1993-1995. között volt egy markánsabb csökkenést, ezt követően hosszú ideig (1995-2007) stagnált az ágyszám. A 2007. április 1-i reform okozott ismét markáns változást,

zött egy folyamatosan jelen lévő enyhe emelkedésről tudunk beszámolni, addig a vizsgált törvény hatására 2006 és 2007 között a krónikus ágyak száma 7000-el növekedett. Azt is meg kell jegyeznünk, hogy az ilyen jellegű növekedés ritkaságszámba megy az európai kórházi ágyszámok alakulásában.

A 2006. CXXXII. számú törvény ezt a drasztikus változást a következőképpen szabályozta: egyrészt meghatározta az országos feladatkörű speciális intézetek, valamint a súlyponti kórházak körét. A törvény rögzíti az ebbe a körbe tartozó intézetek aktív férőhely-kapacitásának számát. Az ezen a szinten szabályozásra nem kerülő intézetek ágyszámait a működési terület szerint illetékes Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET) állapítják meg, elviekben. A gyakorlatban a 2007. év elején összeült regionális egészségügyi tanácsok az ágyszámok meghatározásában nem kívántak közreműködni, és az ágyszámokat nem is osztották szét, és a RET döntések hiányában a törvény rendelkezéseinek megfelelően ezt az akkor hivatalban lévő egészségügyi miniszter tette meg.

Érdekes egészségpolitikai kérdés az aktív és krónikus kórházi ágyak aránya (3. ábra). Míg a rendszerváltozáskor (1990) az aktív kórházi

3. ábra: A kórházi aktív és krónikus ágyak arányának változása Magyarországon 1990-2008 között



amikor is jelentős mértékben emelkedett a krónikus ágyszám.

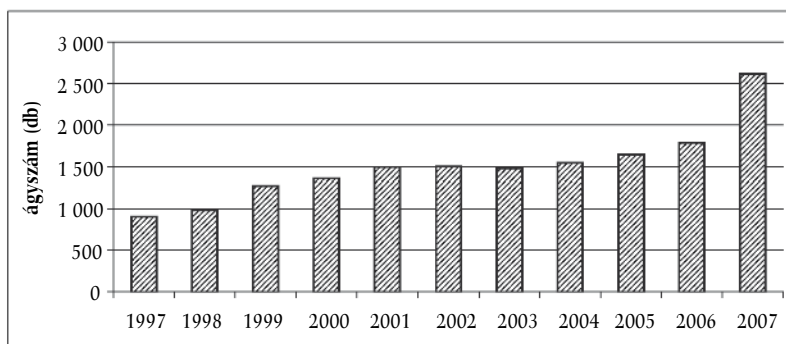
Itt is meg kell vizsgálnunk a 2006. évi CXX-XII. törvény hatásait. Míg 2001 és 2006 kö-

zött egy folyamatosan jelen lévő enyhe emelkedésről tudunk beszámolni, addig a vizsgált törvény hatására 2006 és 2007 között a krónikus ágyak száma 7000-el növekedett. Azt is meg kell jegyeznünk, hogy az ilyen jellegű növekedés ritkaságszámba megy az európai kórházi ágyszámok alakulásában.

LXIII. tv.) ugyanis nem igazán kezelte jól az aktív/krónikus ágyak arányát. A 2007. április 1-i "ágyszámreform" keretében a drasztikus aktív kórházi ágy szám csökkenés markáns

láthatjuk, hogy 10 év elteltével az ágyszámok közel háromszoros értékre növekedtek, míg a 2007. évi reform hatására a növekedés mértéke kiugróan magas (4. ábra).

4. ábra: Tartós ápolási ágyak számának változása Magyarországon 1997-2007 között



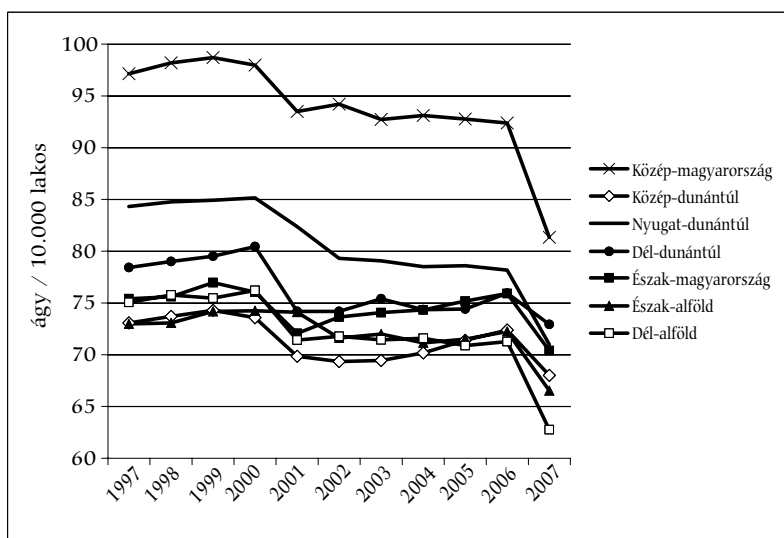
krónikus ágy szám emelkedéssel társult. Ez pedig együttesen kedvező arányba módosította az aktív ágy arányát (62,0 %-ra).

A tartós ápolási kórházi ágyak számát vizsgálva két észrevételt tehetünk. Egyrészt megállapíthatjuk, hogy ezen osztályok ágyszámai a krónikus ágyszámokra jellemző növekedési tendenciát mutatnak, hiszen a krónikus ágyak meghatározó részét teszik ki az ápolási ágyak. Azonban mindenképpen örömdetes meglepő ennek a növekedésnek a mértéke. A grafikont megvizsgálva

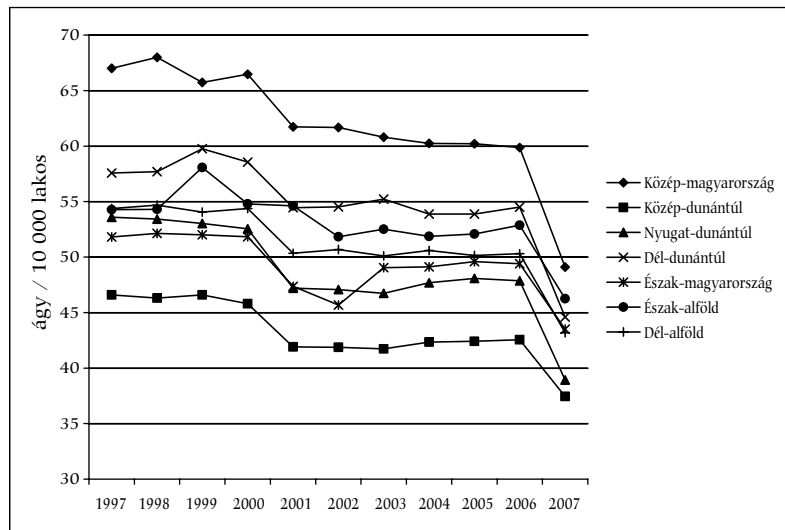
A kórházi ágyak számának változását regionális bontásban is megvizsgáltuk (5.-7. ábrák). Azt látjuk, hogy a vizsgált periódusban jelentős eltérések voltak az egyes régiók között. A Közép-magyarországi Régió kiemelkedően magas ágyszámait a 2007. április 1-i szabályozás jelentős mértékben csökkentette. Az egyes régiók közötti 10.000 lakosra jutó ágyszám különbségek azonban a vizsgált időszak alatt nem mutatott érdemi változást.

Az aktív ágyszámok az összes ágyszámhoz hasonló jellegzetességeket mutatnak, a Közép-magyarországi Régió dominanciája

5. ábra: A 10.000 lakosra jutó kórházi ágy szám változása Magyarországon 1997-2007 között, régiók szerint



6. ábra: A 10.000 lakosra jutó aktív kórházi ágyszám változása Magyarországon 1997-2007 között, régiók szerint



továbbra is megfigyelhető. A krónikus ágyak tekintetében jelentős különbségek vannak az egyes régiók között, az eltérés mértéke jóval markánsabb, mint az aktív és az összes ágyszám tekintetében.

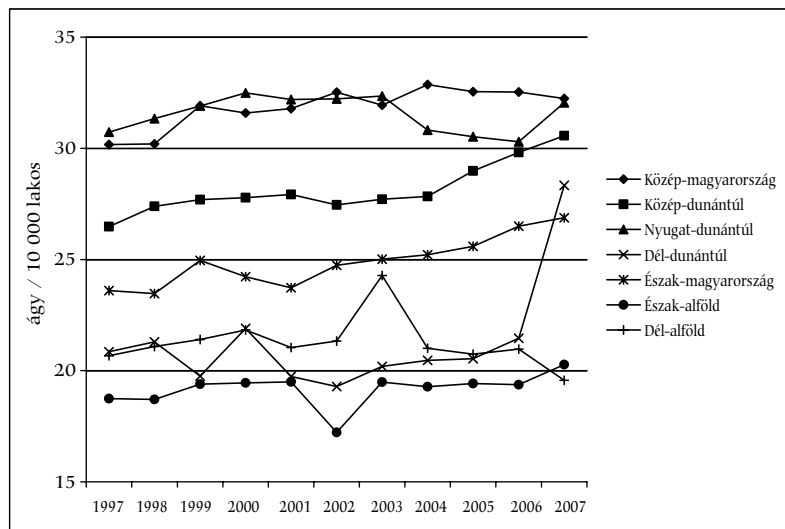
Megbeszélés, következtetés

Magyarországon 1990-2008. között folyamatosan csökkent a kórházi ágyak száma. Ezen folyamaton belül két markáns

lépcsőt figyelhetünk meg, az 1996/1997-es illetve a 2006/2007-es kapacitásszabályozási törvények hatásaként.

Míg az aktív ágyak száma viszonylag egyértelmű, trendszerű csökkenést mutat a két, 1996/1997-es illetve a 2006/2007-es lépcső hangsúlyozásával, addig a krónikus ágyak száma az 1990. év magasabb értékéhez képest az 1990-es évek közepére jelentősen csökkent. Ezen csökkenést csak a 2007. április 1-én hatályba lépett kapacitástörvény korrigálta, vagyis emelte a krónikus ágyak számát.

7. ábra: A 10.000 lakosra jutó krónikus ágyszám változása Magyarországon 1997-2007 között, régiók szerint



Ezen folyamatok eredőjeként az aktív/krónikus ágyak aránya is érdemben változott. Míg az 1996/1997-es kapacitástörvény hatásaként az aktív ágyak aránya emelkedett, addig a 2006/2007-es kapacitástörvény hatására az aktív ágyak aránya jelentős mértékben, 62 százalékra csökkent.

Érdekes kérdés azonban, hogy a krónikus ágyak számának 2007. április 1-én történt drasztikus emelkedése a gyakorlatban hogyan valósul meg. Lesz-e elegendő humán erőforrás, az ellátáshoz szükséges finanszírozás a jelentősen megemelt számú krónikus ágy működtetésére.

További érdekes kutatási kérdés a 2007. április 1-i változás hatásainak részletesebb

elemzése. Erre később külön dolgozatban visszatérünk.

Az egészségügyi reformoknak mindenhol, így Magyarországon is kiemelt területét jelenti a kórházi kapacitások (újra)szabályozása (Healy, McKee, 2002, McKee, Healy, 2002, Orosz, Holló, 2001). Azt azonban ehelyütt is hangsúlyozni kell, hogy még egy jó kapacitásszabályozás is csak akkor eredményez fenntartható rendszert, ha a működtetés személyi, tárgyi és anyagi feltételeit is sikerül biztosítani.

A kórházi ágyak száma tehát jelentősen csökkent Magyarországon 1990–2008. között, azonban a regionális megoszlás tekintetében jelentős eltérések láthatók.

Irodalomjegyzék

1. Vas G., Kóti Cs., Imhoff G., Ágoston I., Vas B., Boncz I. (2008): Kórházi ágyszámok összehasonlítása nemzetközi viszonylatban Egészségügyi Gazdasági Szemle, 46(6):39–43
2. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről Magyar Közlöny, 2006/160. (XII. 22.)
3. 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról Magyar Közlöny, 1996/61. (VII.23.)
4. Healy J., McKee M. (2002): Implementing hospital reform in central and eastern Europe Health Policy. 61(1): 1–19
5. McKee, M. and Healy, J. Editors (2002): Hospitals in a changing Europe Open University Press, Buckingham, Philadelphia
6. Orosz E., Holló I. (2001): Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms EuroHealth. 7(3): 22–25

Hospital bed numbers in Hungary between 1990 and 2008

Vas, G., Kóti, Cs., Imhof, G., Ágoston, I., Vas, B., Betlehem, J., Kresák, G., Boncz, I.

Objective: One of the most important indicators of a health service's capacity is the number of hospital beds. The purpose of this study was to examine the change in the number of hospital beds in Hungary between 1990 and 2008.

Data and methods: In the course of the research the authors worked with data supplied by the Central Statistics Office (KSH) and the National Health Insurance Fund (OEP). They analysed the changes in total, acute-care and chronic-care beds; and the change in the ratio of active to chronic beds per 10,000 head of population, in a regional breakdown.

Results: The total number of hospital beds fell from 101,954 in 1990 to 71,565 in 2008. The number of acute-care hospital beds fell from 73,902 in 1990 to 44,396 in 2008. The number of chronic-care beds declined from 28,052 in 1990 to 27,169 in 2008. While at the time of the change of political regime (1990) acute-care beds accounted for 72.5% of all hospital beds, this figure rose to 79.4% by 1997, and then fell back to a more favourable 62.0% by 2008.

Conclusion: The number of hospital beds fell substantially between 1990 and 2008; however, significant disparities remain between the regions.

Apró érdekességek a mikrobiológia világából

Németh Krisztina

*laborvezető asszisztens, mikrobiológus technikus, élelmiszertechnológiai mérnök,
SE.II.Gyermekklinika, Mikrobiológiai laboratórium*

Pasteur

Pasteur egyike azoknak, akiről nagyon nehéz „aprót” írni. Ő az, akinek nevét kiejtve a legtöbb ember a pasztörizálást és a tejet említi meg, pedig ennél azért sokkal többről van itt szó.

Louis Pasteur (1822-1895) francia vegyész és mikrobiológus volt. Ifjúként csak a rajzolás érdekelte mindaddig, míg be nem került a párizsi École Normale Supérieure-ba, ahol közelebb került a természettudományokhoz, olyannyira, hogy 1847-ben le is doktorált. Nem sokkal később felfedezte, hogy bizonyos vegyületek kétféle alakban is megjelenhetnek (jobbra és balra forgatják a poláris fény síkját), egymásnak tükörképi párjaként.

Középiskolai fizika, majd egyetemi kémia tanár lett. III. Napóleon támogatásával élettani kémiai laboratóriumot rendeztek be számára.

A kor akkori mesterei úgy tartották, hogy a cukor erjesztését apró állatkák végzik, megeszik a cukrot, végbélnyílásukon alkoholt, nemi szervükön széndioxidot lövellnek ki. Pasteur azonban felismerte, hogy a levegő meggyorsítja az alkoholos erjedést, s hitte, hogy azt élesztők végzik. Pasteur sokat foglalkozott a vajsavas, ecetsavas és egyéb erjedésekkel, és nagyon érdekelte az élelmiszerek, borok, ecetek romlása is. Kidolgozott egy csírátlanító eljárást (ez a pasztörözés), melyben a hevítés eredményeként elpusztulnak azok az élőlények, melyek a romlást okozzák, vagy az erjedést beindítják. Fermentációval folytatott tanulmányai, s a pasztörözés kidolgozása segítette ahhoz, hogy megmentse számos ország sör-, bor-, selyemiparát.

Lőgyapoton keresztül átszűrt levegőből kimutatta, hogy a levegőben is vannak mikroorganizmusok, ezzel is alátámasztva

meggyőződését, hogy az ősnemzés elmélete, miszerint élő élettelenből is létrejöhet, nem fedi a valóságot, mikroorganizmusok (apró kis állatkák) mindenhol jelen vannak.

1881-ben sikerrel járt próbálkozása, mellyel legyengítette a mikroorganizmusok fertőzőképességét, és az ezzel a módszerrel készült védőoltással sikerült előbb egy birkanyáját megóvnia a lépfenétől, majd baromfikat a baromfivészttől.

1882-ben kezdett bele a veszettséggel kapcsolatos kutatásaiba. Fertőzött állat nyálából nyert védőoltást, majd szövetek segítségével ki is tenyésztette, le is gyengítette a vírusokat. 1885-ben megmentette egy kisfiút, Joseph Meister életét, akit egy veszett kutya harapott meg, ezzel megalapozta annak a kórnak a felszámolását, mely addig 100%-ban halálhoz vezetett.

1888-ban, a veszettség megelőzésére és kezelésére létrehozták a Pasteur Intézetet, melyet Pasteur haláláig vezetett.

Gram

Bizonyára mindenki hallott már a Gram pozitív és a Gram negatív baktériumokról, de azt kevesen tudják, hogy honnan ered ezek elnevezése.

Christian Joachim Gram (1853-1938) dán orvos volt, aki 20 évesen egy természetvizsgáló asszisztenseként ismerkedett meg közelebbről a természettel. A Koppenhágai Egyetemen tanult, majd a Koppenhágai Városi Kórházban dolgozott. 1882-ben arany kitüntetést kapott egy tanulmányáért, amit az emberi vörösvérsejtekről írt, és amelyben foglalkozott azok jellegzetességeivel egyes betegségekben, pl. számuk szaporodásával sárgaságban. 1883-1885 között Európában utazgatva tanulta ki a gyógyszerészetet és a bakteriológiát.

A XIX. század fordulóján a tudósok jelentős erőfeszítéseket tettek annak érdekében, hogy megláthassák a szövetekben, a sejtek között a baktériumokat. Orvosként Gramot is foglalkoztatta ez a kérdés, s ezért tüdőgyulladásban meghalt páciensei tudószoeteit vizsgálva fáradozott a probléma megoldásán. 1884-ben egy dolgozatában leírta azt a festési eljárást, melyet ma – kis módosítással – a Gram pozitív és a Gram negatív baktériumok elkülönítésére használunk, de abban az időben arra szolgált, hogy a baktérium megkülönböztethetővé váljon más magvas sejtectől.

Gram módszerében a preparátumokat Erlich-féle analin-genciánaibolya oldatba mérítették 1-3 percre, majd alkoholos öblítés után jód-káliumjód vizes oldatába helyezték szintén 1-3 percre, ismét egy alkoholos öblítés következett, mi által a baktériumok színe kék lett, a szöveteké, pedig világossárga. Akkor még a festékek egyes baktériumokból kimoshatóak voltak, vagyis azok színtelenek maradtak. Gram így festődött, és nem festődött baktériumokat látott.

Mára a festés a kereskedelemben kapható készlettel roppant egyszerűvé és gyorsá vált, s Carl Weigertnek köszönhetően kiégszült egy kontrasztfestéssel is. Az eljárás alapja ma is az, hogy a kristályibolyajód komplexet a Gram pozitív baktériumok sejtfa megköti, azok kékes-lilák lesznek, a Gram negatívokból pedig azt ki lehet mosni, és azokat a safranin kontrasztfesték festi rózsaszínre.

Ma annyira rutinná vált ez a festési eljárás, hogy egy mikrobiológiai laboratóriumba bekerült punktátumot, liquort, egyéb kiemelten fontos anyagot először megfestünk Gram szerint, s az eredményt első információként közölve az orvossal, segíthetünk a beteg mihamarabbi antibiotikum kezelésének elkezdésében, s ezáltal gyógyulásában.

Petri

Ha azt mondom baktérium, akkor mindenki tudja, azokról a pici élőlényekről van szó, amelyek lehetnek barátaink, segítenek akár gyógyszerert, akár élelmiszert előállítani, de lehetnek ellenségeink is, számos beteg-

séget okozva, melyek között igen súlyosak is vannak.

Ha a Petri-csészét emlegetem, valószínűleg akkor is sokan tudják, hogy arról a – mostanában már műanyagból készült, eldobható – lapos tálkáról van szó, melyben táptalaj van, és amelyekben a baktériumok mindenféle színben pompázva szaporodnak.

Ám ha az a kérdés, hogy honnan kapta a nevét ez a kis edényke, bizony nagy csönd kerekedik, válasz nem érkezik, még a világhálón is igen nehéz rá feleletet találni.

A névadó Richard Julius Petri, aki 1852-ben született német bakteriológus volt. A Kaiser-Wilhelm Akadémián tanult katonai orvosnak. 1877-1879 között a Kaiserliches Gesundheitsamt-ban, Robert Koch mellett dolgozott mint asszisztens, s még kezdő évében fejlesztette ki a róla elnevezett Petri-csészét.

Idősebb korában egy hiú, kövérkés ember volt, aki ha csak tehetett, felvette katonai főorvosi egyenruháját. Úgy tartották, a seiyemöv a hasán úgy fest, mint földgolyón az egyenlítő.

Közreműködött számos tudományos cikk, tanulmány írásában.

Fleming és a penicillin

Alexander Fleming 1881. augusztus 6-án született Lochfieldben, Skóciában. Szüleivel és hét testvérével egy mező közepén álló házban éltek, így gyermekkorra óta egész közélről tanulmányozhatta a természetet. 12 éves korától a kilmarnocki akadémián ásványi kémiát, mágnességet, elektromosságot, hőtant, fénytant, hangtant és élettant tanult.

Egy évvel később Londonba került néhány testvérével, ahol leánytestvéreik vezették a háztartást. Alec ekkor a Polytechnic Schoolba járt, ahol 15 nap alatt négy osztályt léphetett előre. Tudományos versenyeket rendeztek egymás között a Fleming gyerekek, melyek segítették őket a vizsgákra való felkészülésben.

1906-ban beiratkozott a St. Mary Egészségügyi Iskolába a Londoni egyetemen. S, hogy miért ide? Mert csak ennek az egyetemnek volt vízipóló csapata. Legkedvesebb

tanára Almoth Wright, a híres bakteriológus volt. Wright Fleminget jó célzó képessége miatt megszerezte a vízipóló csapatába, s kapcsolatuk következő lépéseként 1906-ban Fleming már Wright osztályán dolgozott.

1921-ben megfázott, s mivel kíváncsi volt arra, hogy milyen baktérium lehet az orrában, a váladékot véres táptalajra szélesztette. Pár nap múlva, amikor értékelte a tenyészet észrevette, hogy a nyák körül nem nőttek a baktériumok, ezért azt feltételezte, hogy a váladékban antibakteriális anyag van. A kitenyésztett baktériumot *Micrococcus lysodeikticum*-nak, az anyagot lizozimnak nevezte el. A lizozimot megtalálta a könnyben is, és ahhoz, hogy tovább tudjon ezzel az anyaggal dolgozni, kollegáitól gyűjtött könnyből, s tojásfehérjéből vonta ki azt. Munkája során bebizonyosodott, hogy szemben az antiszeptikumokkal, a lizozim nem károsítja sem a szöveteket, sem pedig a véresejteket.

(A lizozimet végül Roberts és Abraham tisztította meg 1937-ben, majd Chain és Epstein mutatták ki, hogy valóban enzim, és a baktériumok sejtfalának bizonyos részeire hat)

A penicillin

Fleming a tenyészeteit soha nem sietett kidobni, így 1926-ban érdekes megfigyelést tehetett. Egy Petri-csészében levő *Staphylococcus* tenyészet befertőződött penészgombával és az megállította a baktériumok növekedését. Fleming hamar rájött, hogy ez a gátlás nem lehet véletlen, de ahhoz, hogy ezt bebizonyítsa, különböző vizsgálatokat kellett végeznie, különböző kórokozókkal. Az eredmény az volt, hogy a *Penicillium* notatum szűrlete gátolta a kórokozókat, akár ötszázszoros hígításban is.

Fleming munkatársával, Stuart Graddockkal kimutatta, hogy az anyag bomlékony, aktivitását leginkább semleges pH-n lehet megtartani, állatokra nem toxikus, s nem izgatja az emberi kötőhártyát. Megindult a kísérlet az anyag megtisztítására. Florey és Chain nagy erővel dolgozott a tiszta penicillinért. Graddock és Ridley megakadt

egy ragacsos, instabil anyagnál. 1931-ben Harold Raistrick a London School of Tropical Medicine and hygiene biokémiaprofesszora ismét nekilátott a penicillin megtisztításának. Munkatársaival ugyan leválasztottak róla két hatástalan anyagot, de az anyag még mindig nem volt tiszta. (Az első tisztító üzemeket az Egyesült Államokban építették.)

Mindeközben Fleming a saját nyers penicillinét helyi kezelésre tovább alkalmazta.

Az első parenterálisan adagolt penicillint embernek 1941-ben adták, vérmérgezéses esetben. A halált késleltetni tudták, de megállítani nem, mert nem állt a rendelkezésükre elegendő tiszta anyag.

1943-ban a penicillint már nagyüzemi méretekben termelték.

Fleminget többször kitüntették. Elismerésképpen az Angol Királyi Társaság tagjává választották, majd lovaggá ütötték, számos egyetem díszdoktorává avatta, valamint 1945-ben harmadmagával (Fleming, Florey, Chain) átvehette az élettani-orvosi Nobel-díjat.

1946-ban a St. Mary Kórház Inokulációs osztályának élére nevezték ki, ahol megismerkedett későbbi feleségével is. Érdekessége az ismerkedésüknek, hogy ez volt az első év, mikor nők is lehetnek kutatók.

1955. januárjától visszavonult az igazgatói tisztségétől, s csak laboratóriumi munkát végzett. Pár hónappal később meghalt, úgy, ahogy szerette volna, anélkül, hogy csökkent volna a szellemi és fizikai képessége.

A penicillin a „bukás felé”

Napjainkban egyre több baktérium ellen lesz hatástalan a penicillin. A *Staphylococcus*ok, melyek ellen eleinte sikeres volt a küzdelem, nagymértékben rezisztensekké váltak ez iránt az antibiotikum iránt. Az alcímbeli „bukás” kifejezés természetesen túlzás, de tény, hogy a sokszor indokolatlan antibiotikum fogyasztással legfőképpen mi magunk tehetünk arról, hogy ez az egyik legnagyobb reménységünk, a penicillin hamarosan eltűnik az antibiotikumok sorából.