

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. augusztus, 22. évfolyam 4. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A tanácsadói attitűd vizsgálata ápolóhallgatók körében
Papp László, Erdősi Erika, Dr. Helembai Kornélia PhD 3

Egy speciális zárt közösség egészségi állapota és életmódbeli sajátosságai
Lantos Zsuzsanna, Balázs Mihály, Köbli Mónika 11

A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápolóhallgatók körében
Erdősi Erika, Papp László, Tulkán Ibolya, Dr. Helembai Kornélia PhD 19

GRATULÁLUNK! 24

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az akut myocardialis infarctus kezelési módszereinek összehasonlítása a páciensek és az ápolók szemszögéből
Cserhádi Eszter, Dr. Sayour Amer, Lantos Zsuzsanna 25

Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében
Németh Anikó, Irinyi Tamás 32

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

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

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

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 22. No. 4. August 2009

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

A study of counsellor attitude among nursing students
Papp, L., Erdősi, E., Helembai, K. 3

The state of health and lifestyle attributes of a special closed community
Lantos, Zs., Balázs, M., Köbli, M. 11

A study of psycho-vegetative and emotional balance among nursing students
Erdősi, E., Papp, L., Tulkán, I., Helembai, K. 19

CONGRATULATIONS 24

ORIGINAL CONTRIBUTION

Comparison of the treatment of acute myocardial infarction
from the perspective of patients and nurses
Cserhádi, E., Sayour, A., Lantos, Zs. 25

Health conduct of health workers in Csongrád county, Hungary
Németh, A., Irinyi, T. 32

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, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, osztályvezető
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

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

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

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

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


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

Somogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sővényi Ferencné, szaktanácsadó

Vízvári László főigazgató
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

 »OBSERVER« BUDAPEST MÉDIAFIGYELŐ KFT.	1084 Budapest, Auróra u. 11. Tel.:303-4738, Fax: 303-4744 E-mail:marketing@observer.hu http://observer.hu
--	---

A tanácsadói attitűd vizsgálata ápolóhallgatók körében

Papp László

adjunktus, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék

Erdősi Erika

főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék, Szeged,
PhD hallgató, Semmelweis Egyetem, Budapest

Dr. Helembai Kornélia PhD

tanszékvezető főiskolai tanár, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: a felsőoktatási tanulmányokat folytató ápolóhallgatók tanácsadói attitűdjének felmérése.

Módszerek és minta: a vizsgálat mintáját az SZTE ETSZK ápoló szakának, III. évfolyamos, levelező tagozatos hallgatói alkották. (N=32) Az adatgyűjtéshez a Helembai által szerkesztett Tanácsadói Attitűd Skálát használták a szerzők, melyet a mintába került személyek egy „Tanácsadás az ápolásban” kurzus teljesítése előtt és után töltöttek ki.

Eredmények: a kurzus előtt és után az attitűdcsoportokat jellemző átlagértékek nem mutattak szignifikáns változást. Az első adatfelvétel során pozitív korreláció volt azonosítható az „önállóság igénylése” és a „problémamegoldás támogatása” csoportok között. A második adatfelvételkor ezt az összefüggést változatlanul mérni lehetett, valamint további korreláció volt kimutatható az „elfogadás” és a „problémamegoldás támogatása”, valamint a „beszélgetés vezetése” összetevők között.

Következtetések: az eredmények a mintában szereplő ápolók tanácsadói attitűdjének bizonytalanságára hívják fel a figyelmet. A kutatás tapasztalatai alapján diszkrépancia fedezhető fel az ápolók tanácsadással összefüggő elméleti tudása és a tevékenység gyakorlati megvalósítása között.

Bevezetés, a probléma ismertetése

Napjainkban az egészségügyi ellátást is érintő változások új munkamódszerek és nézőpontok alkalmazását teszik szükségessé. Az orvos- és társtudományok rohamos technikai fejlődése, a közgazdasági-piaci szempontok előtérbe kerülése, a lakosságra jellemző demográfiai változások egyaránt igénylik, hogy az egészségügy szereplői, így az ápolók is reagáljanak a kihívásokra. A technika fejlődése miatt egyre több betegség válik kezelhetővé, ez azonban nem szükségszerűen eredményezi az életminőség egyidejű javulását. A hazai lakosság korfáján

látható változások, így az idősök számának emelkedése, valamint a születéskor várható élettartam növekedése miatt a krónikus betegek számának növekedése prognosztizálható. A piaci szempontok, és a kezelés ellátási napokban mért hatékonyságának előtérbe kerülése miatt a betegek egyre kevesebb időt töltenek kórházi osztályon, ami az alap- és rehabilitációs ellátások számára is komoly kihívást jelent.

Mindezek az ápolástól is új feladatok megoldását várják el. Egyre nagyobb szerepet kap a betegek öntevékenysége, az önálló problémamegoldás. Ennek feltétele a hagyományos betegszerep átértékelése, és a gyógyulásban felelősséggel részt venni akaró

betegséghez való viszonyulás kialakulása. A szemléletfejlődésben az ápolónak jelentős szerepe van. Az egészséggel kapcsolatos döntések támogatása, a problémamegoldó képesség fejlesztése, a személyes erőforrások maximalizálása lehetséges ápolói beavatkozások, melyeken napjaink egészségügyi ellátása során is egyre nagyobb hangsúly van.

Az ápolás – törvényben rögzített meghatározása szerint – egészségnevelési és tanácsadási feladatokat is ellát. (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, 98. §) A megvalósítást azonban nehezíti, hogy a hazai szakirodalomban nem áll rendelkezésre az ápolói tanácsadás, vagy a tanácsadás végzéséhez szükséges kompetenciák meghatározása. Amennyiben az ápolás meg kíván felelni kitzúzott feladatának, szükséges meghatározni, hogy az ápoló milyen keretek között végezhet tanácsadási tevékenységet. Fontos annak ismerete is, hogy a tanácsadásnak mely szintjei és módszerei tartoznak az ápoló önálló kompetenciájának körébe, továbbá milyen készségekkel kell rendelkeznie a tanácsadás gyakorlásához. Ezen ismeretek alkalmazására a szakmai képzésnek kell felkészítenie a hallgatót. Jelen kutatásunk az ápoló tanácsadási tevékenységének egy elemét, az ápolók tanácsadói attitűdjének vizsgálatát mutatja be.

Az ápoló attitűdjének szerepe a betegvezetésben

Az ápolás célja különböző életkorú egyének, családok, csoportok és közösségek, betegek és egészségesek gondozása, melynek során kiemelt szakmai érték a segítséget kérők autonómiájának megőrzése és az együttműködés kialakítása. Az ápolás során olyan ismeret- és készségfedezetre van szükség, amely alkalmas a betegek felmerülő problémáinak kezelésére. (Helembai, 2008) Az ápoló szakmai kompetenciája az objektív és interperszonális tudás eredőjeként írható le. (Soohbany, 1999, Helembai, 2008) A tárgyi tudást elsősorban a képzés határozza meg. Az ápoló interperszonális viszonyulását az oktatás mellett azonban

több tényező is jelentősen befolyásolja, így az egyén szociális érzékenysége, érettsége és szociabilitása, amelyek a korábbi tanulások eredményeként a szocializáció során alakulnak ki. A segítő foglalkozások alapelveinek – empátia, az egyén tiszteletben tartása, a feltétel nélküli elfogadás – érvényesülése nagyobb mértékben függ az egyén beállítódásától, mint a szakmai képzéstől. A kommunikációs technikák ismerete és alkalmazása, melyek az egyén interperszonális tudásának eszköztárát gyarapítják, a képzés útján átadhatók, Az interperszonális készségek alkalmazásának minősége (vagy egyáltalán annak hajlandósága) nagyban függ a segítő kapcsolat alapelveinek megértésétől és interiorizációjától.

A szakmai kompetencia elemét alkotó interperszonális készségeket az ápolónak úgy kell használnia, hogy azzal hozzájáruljon a betegek függetlenségének visszaszerzéséhez, az elérhető maximális öngondoskodás visszaállításához. (Potter, 1996, Buda, 1997, Richardson, 2002) Az így értelmezett szakszerűség nyújt lehetőséget az ápolásban potenciálisan meghúzódnó önálló betegvezetésre a gyógyító-gondozó közösség tagjaként. (Helembai, 2008)

Az ápoló-beteg interakciók jellegzetességei

Az ápolás során kialakuló interakciók eltérő problémafelülettel rendelkeznek, mivel a beteggel/klienssel történő együttműködés során az ápoló különféle szükségletekre és élethelyzetekre adott reakciókkal szembe-sül. A felmerülő problémák megoldásának elősegítése a beteg megoldási módszereinek aktivizálásával és fejlesztésével az ápolás alapvető céljai közé tartozik.

Az ápolási folyamat résztvevőinek az egyes szerepekhez tartozó jogokhoz és kötelezettségekhez kell alkalmazkodniuk. Ezek egymáshoz viszonyítva reciprok kölcsönhatásban állnak (Fosbinder, 1994, Helembai, 2008), melynek értelmében a partnerek egyikének joga a másik kötelezettségét jelenti. Ezen felül bizonyos viselkedésformákat a szereplők eleve elvárnak partnerüktől, és

ezeknek – normatív jellegükből adódóan – kölcsönösen meg kell felelniük egymásnak.

Az ápoló-beteg kölcsönhatás szereplői együttműködésük során meghatározott szerepeknek történő megfelelést várnak el a másik féltől. Ezek a szerepek (hasonlóan a szociális szerepekhez) ellen-pozíciót foglalnak el az ápoló - beteg kapcsolatban, ami az interakciók során is jellegzetes viselkedésformákat indukál. Az, hogy ezek a magatartásformák mennyire egyeznek meg a kívánattal, nagymértékben befolyásolja az ápolás kimenetelét. Ebből az is következik, hogy az ellátás célja a megfelelő szerepekkel történő azonosulás segítése, ezáltal az egészségi állapot optimális befolyásolási lehetőségének megteremtése. Ennek eszköze lehet a szereplők kölcsönhatásában rejlő potenciál kihasználása.

Az ápoló hivatásának gyakorlása során tehát állandó kölcsönhatásban áll a beteggel. Az ápoló-beteg kölcsönhatás létezési formája döntő mértékben az interakció, illetve az interakciók folyamata. (Helembai, 2008) Az ápolás során alkalmazott interperszonális tudás az ápolás/betegvezetés folyamatában tárul fel. Az ápoló-beteg közötti kommunikáció során lényeges az információk pontossága és kölcsönös megértése, mely az interakciók sikerének egyik feltétele.

A személyközpontú ápolás másik meghatározó kritériuma a segítő kapcsolat alapelveinek érvényesülése az együttműködés során, valamint a rendelkezésre álló energiák mozgósítása a gyógyulás elősegítésére. Ez számos esetben megvalósul, azonban több kutatás is bizonyította, hogy nem minden beteg kíván részt venni a kezeléssel kapcsolatos döntésekben, hanem amennyiben lehetősége van rá, a „klasszikus” értelemben vett „passzív” betegszerep (Parson, 1975) mellett dönt. (Cahill, 1998, Kettunen, 2002, Millard, 2006) Ezeket a betegeket az ápolók nem tartják együttműködőnek, gyakran motiválatlanak, a kezeléssel szemben ellenállónak írják le. (Hagerty & Patusky, 2003) A beteg passzivitásának oka azonban gyakran nem csak a tradicionális betegszerephez való ragaszkodás, hanem a kapott információk nem- vagy félreértése, amelyet

a személyzet helytelen kommunikációja okozhat. A beteg viszonyulását jelentősen befolyásolja az ápoló magatartása, mivel a kölcsönhatás során megfigyelhető viselkedés egy dinamikus, személyközi kapcsolat eredményeként alakul ki. Ebből az is következik, hogy az ápoló interakciókban elfoglalt pozíciója meghatározó.

Az ápolás interperszonális aspektusaival foglalkozó szakirodalom szerint az ápoló-beteg interakciók elsődleges fontosságúak a beteg együttműködése (Fitzpatrick, 1992, Luker et al., 2000), és az ellátással való elégedettsége (Fosbinder, 1994, Cleary & Edwards, 1999,) szempontjából. Fekvőbetegeket ellátó intézményben a betegek véleményét leginkább az ápolókkal történő interakciók határozzák meg. (Fosbinder, 1994) Mivel az elmúlt évtizedekben az egészségügyi ellátás szemlélete egyre inkább piacközpontúvá vált, ahol az egyik legfontosabb minőségjelző a beteg (vevő) elégedettsége, ezért a fentiek alapján az ápoló-beteg és hozzátartozók közötti interakciók az ápolás központi tevékenységét kell, hogy képezzék. (Millard, 2006)

Tanácsadás az ápolásban

A British Association of Counselling értelmezésében a tanácsadás egy olyan interakció, mely során egy személy felajánlja idejét, figyelmét és megbecsülését egy másik személy részére abból a célból, hogy segítse a másikat a hatékonyabb erőforrás-felhasználás és a magasabb szintű jóllét elérése érdekében. (British Association of Counselling, 1989) Soohbany szerint a tanácsadás interperszonális folyamat, melynek célja az egyén segítése az életeseményekkel való megküzdésben és amennyiben szükséges, a tapasztalatok értelmezésében. A folyamat az érzések tisztázását használja fel azért, hogy a beteg/kliens felfedezze saját megküzdési stratégiáit. (Soohbany, 1999)

Az ápolás során lezajló interakciók az ápolási folyamat keretén belül értelmezhetőek, mely lehetőséget teremt az ápoló számára arra, hogy saját erőforrásait felajánlja a be-

teg számára. Ez nem csak konkrét feladatok elvégzésében (pl. fürdetés, injekciózás, stb.) nyilvánulhat meg, hanem az ápoló ún. betegvezetési tevékenységében is. Ebben az értelmezésben a betegvezetés nem más, mint azon beavatkozások összessége, melyek során az ápoló a beteg felmért szükségleteiből és igényeiből kiindulva támogatást és segítséget nyújt a beteg és/vagy családja részére az ápolási folyamat során, annak bármilyen aspektusából kiindulva. Ilyenkor az ápoló saját interperszonális tudását és készségeit használja a hatékony segítségnyújtás érdekében. A témával foglalkozó szakirodalom az ápoló ilyen típusú tevékenységeire a „therapeutic use of self” [kb. „az én (önmaga) gyógyító célú felhasználása”] megnevezést használja. (Cumbie, 2001, Kwaitek 2005) Az így értelmezett betegvezetés a támogatás eszköze, melynek elfogadott módszere a tanácsadás. (Helembai, 2008)

Az ápoló tanácsadói (betegvezetési) tevékenységét az egészségügyi team tagjaként, önálló kompetenciája keretében végzi az ápolási folyamat keretében. A tanácsadás abban segíti az embereket, hogy meglévő erőiket összegyűjtsék és mozgósítsák a hatékonyabb alkalmazkodás és fejlődés érdekében. Másképpen, a tanácsadás célja az egyén (vagy közösség) problémamegoldásának támogatása. (Helembai, 2008)

A tanácsadói attitűd összetett fogalom, mely a beavatkozásra vonatkozó kognitív elemeket (nézetek, ismeretek, gondolatok), az affektív, valamint a viselkedéses tényezőket egyaránt tartalmazza. Az ápolók tanácsadással kapcsolatos attitűdje – azaz ahogyan a problémáról, segítségnyújtásról gondolkodik és érez – ezért alapvetően meghatározza az ápoló-beteg/kliens interakciók sikerességét, ezáltal a tevékenység eredményességét.

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja a felsőoktatásban tanulmányokat folytató ápoló hallgatók tanácsadással kapcsolatos attitűdjének elemző célú felmérése volt. Kutatásunk további

céljaként az oktatás tanácsadói attitűdre gyakorolt hatásának vizsgálatát határoztuk meg.

Vizsgálati módszerek és minta

Kutatásunkban az írásbeli kikérdezés módszerei közé tartozó kérdőíves felmérést pretest-posttest módszer alkalmazásával végeztünk. Az adatgyűjtéshez a Helembai által szerkesztett Tanácsadói Attitűd Skálát (TAS) használtuk. (Helembai, 2008) A TAS speciálisan ápolók számára készült mérőeszköz, mely 20, az attitűd négy meghatározó dimenziójára (elfogadás, önállóság igénylése, problémamegoldás támogatása, beszélgetés vezetése) vonatkozó, eldöntendő jellegű állítást tartalmaz.

A vizsgálat mintáját a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának ápoló szakán tanulmányokat folytató, III. évfolyamos, levelező tagozatos hallgatók alkották. A minta kiválasztása csoportos, célirányos mintavételi módszerrel történt. Bekerülési kritériumként meghatároztuk, hogy a mintát alkotó személyeknek az adatfelvétel idején tanulmányaik mellett aktív ápolói munkaviszonnyal kell rendelkezniük; bele kell egyezniük a vizsgálatban való részvételbe; valamint a kutatási folyamat során teljesíteniük kell a „Tanácsadás az ápolásban” elméleti és gyakorlati kurzust (15-15 kontaktórában). Fenti kritériumok alkalmazása után 69 személy került be a vizsgálatba.

Az attitűdskála felvételére két alkalommal került sor, mindkét esetben anonim módon. A kitöltőktől a kérdőív azonosítására alkalmas kódjel feltüntetését kértük, amely lehetővé tette a kurzus előtt és után kitöltött kérdőívek eredményeinek összehasonlítását. Az első adatfelvétel során a vizsgált személyekkel a kitöltés előtt ismertettük a kutatás célját, és az eredmények tervezett felhasználását, valamint részletes kitöltési útmutatót bocsátottunk rendelkezésükre.

A kurzus után a mintát képező hallgatóktól a TAS ismételt kitöltését kértük. A kapott adatok áttekintése során 32 kérdőívet tudtunk egyértelműen azonosítani, így

elemzésünket 32 személy válasza alapján végeztük el.

Az adatok feldolgozása matematikai statisztikai módszerek alkalmazásával, MS Excel 2007, valamint SPSS 11.0 programcsomagok segítségével történt. A kapott adatok általános jellemzésére gyakorisági- és szórásmutatókat, variancia számítást, a különböző időpontban felvett adatok összefüggés-vizsgálatára egymintás t-próbát és korrelációelemzést használtunk.

Eredmények, megbeszélés

Az **I. táblázat** a megkérdezettek által az egyes kérdésekre adott válaszok átlagértékét

attitűdcsoportban viszont alacsony score-t mértünk az „Alapvetően minden kliens rendelkezik a problémamegoldáshoz szükséges belső képességekkel” állítás megítélésénél [6. kérdés; 0,781 (pre-), ill. 1,281 (posttest)]. Az eredmények alapján a válaszolók helyesen ismerték fel a beteg/kliens erőforrásai mozgósításának jelentőségét, azonban az alacsony válaszárték a gyakorlati megvalósítás bizonytalanságára hívja fel a figyelmet.

A beteg/kliens elfogadását vizsgáló kérdésekre kapott válaszok alapján a válaszadók tisztában vannak a kliensközponitű megközelítés jelentőségével. Az attitűd sérülékenységét ebben az esetben is több válasz mutatja. Az első adatfelvétel során „A tanácsadás feltétele a másik ember feltétel

I. táblázat: A Tanácsadói Attitűd Skálán mért értékek kérdések szerinti bontásban (N=32)

kérdés sorszám	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
teszt előtt	1,188	1,563	0,844	1,125	0,25	0,781	1,969	1,344	1,156	1,281
teszt után	1,625	1,375	0,906	1,188	0,125	1,281	1,938	1,344	1,156	1,5
kérdés sorszám	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
teszt előtt	1,094	1,188	1,219	1,313	1,656	0,219	1,094	1,75	0,78125	1,53125
teszt után	1,094	1	1,25	1,219	1,313	0,375	1,219	1,938	0,46875	1,25

mutatja be. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kérdéseket külön vizsgálva minden esetben változás látható. Az értékek változásainak nincs követhető tendenciája, az azonos kijelentésekre vonatkozó állítások értékeinek változása eltérő.

Az egyes attitűdcsoportokat vizsgáló kérdések eredményei között növekedést, változatlan átlagot és csökkenést is mértünk. A beteg önállóságának igénylése, rendelkezésre álló erőforrásainak bevonása a problémamegoldás folyamatába a tanácsadás egyik legfontosabb alapelve. Az önállóságot vizsgáló kérdések közül kiemelkedően magas helyes válaszarányt kaptunk „A sikeres tanácsadás feltétele a másik ember belső erőforrásainak, tudásának, korábbi tapasztalatainak bevonása a problémamegoldás folyamatába” kijelentésre [7. kérdés; 1,969 (pre-), ill. 1,938 (posttest)]. Ugyanebben az

nélküli elfogadása” (1. item) állításra kapott helyes és helytelen válaszok csaknem azonos arányban fordultak elő, amely az alapelv tisztázatlanságára világít rá. Az intervenciót jelentő kurzus teljesítése után a kérdésre mutatott választeljesítmény jelentősen javult a deklarált tudás szintjén. Ugyanakkor látnunk kell az attitűd működési bizonytalanságát, amely megjelenik „A beteg/kliens önsajnálátát, önkicsinylését az ápoló nem fogadhatja megértéssel” (19 item) válaszok alacsony értékében, mely az intervenció után sem mutatott emelkedést.

A skálát kitöltő ápolók – válaszaik alapján – feladatuknak tekintik a beteg problémamegoldásának serkentését, ahogyan azt „Az ápoló feladata a beteg/kliens problémáinak megoldása” (2. item) kijelentés átlag feletti értéke is mutatja. A hatékony facilitáció előfeltétele a partnerek mellérendeltségén

alapuló viszony kialakítása. Az ápolásban kialakuló interakciók erőviszonyait gyakran ápolói dominancia jellemzi, mely a kapcsolat egyensúlyának felborulásához vezet. Az erőviszonyok kiegyenlítetlensége a nyílt és segítő jellegű kommunikáció egyik lényeges akadálya, és ez a betegek elégedettségére is negatív hatással lehet. (Hewison, 1995) A tanácsadási folyamat során tapasztalható ápolói dominanciát, és a kialakulásának hátterében szerepet játszó „legjobb tudás” képzetét mutatják meg „Az ápolónak a beszélgetés alapján fel kell ismernie a másik ember problémáját és azt tételesen megértetnie a betegével/kliensével” (5. item) állításra adott válaszok alacsony értékei. Az attitűdöt vizsgáló kérdéscsoport értékeinek eltérései ebben az esetben is az elméleti tudás és a gyakorlati kivitelezés összhangjának hiányára hívják fel a figyelmet.

Ez a bizonytalanság a beszélgetésvezetési készséget vizsgáló kérdésekre kapott válaszokban is megfigyelhető. A tanácsadói beszélgetés a beteg által problémaként azonosított tényezőkhöz alapul. Az ápoló szerepe a beszélgetés során orientáló-facilitáló, szupportív jellegű, melynek célja a beteg/kliens saját, belső erőforrásainak mozgósítása. (Helembai, 1993, 2008) Az elvek ismerete megfigyelhető a vonatkozó itemekre kapott értékekben [„A tanácsadói beszélgetés alatt a beteg/kliens bármilyen véleményét kinyilváníthatja”(15. item), „A tanácsadói beszélgetés tartalma az a probléma, amelyet a beteg/kliens annak tart” (17. item)]. A gyakorlati alkalmazás minősége azonban „A tanácsadói beszélgetés célja az, hogy objektív nézőpontot kínáljon fel a beteg/kliens számára” (16. item) és „A tanácsadás során a beszélgetés menetét a beteg/kliens határozza meg” (3.item) kijelentéseken mért

alacsony pontszámok alapján kérdéses. Az ápolói dominancia a beszélgetésvezetésben is azonosítható, melyet „A tanácsadás során a beszélgetés menetét a beteg/kliens határozza meg.” állításra kapott átlag alatti értékek is mutatnak.

Az attitűdcsoporthoz az intervenció előtt és után mért átlagértéket mutatja be a **II. táblázat**.

II. táblázat: Attitűdök átlagértékei a vizsgálat előtt és után (N=32)

	Teszt előtt	Teszt után
Elfogadás	1,2 (SD 0,4301)	1,275 (SD 0,3112)
Önállóság igénylése	1,3375 (SD 0,3919)	1,475 (SD 0,4493)
Problémamegoldás támogatása	1,0625 (SD 0,4884)	0,96875 (SD 0,5174)
Beszélgetés vezetése	1,06875 (SD 0,3376)	1,0125 (SD 0,4973)

Az egyes attitűdcsoporthozon belül a két mérés közötti változás statisztikailag nem igazolható, az értékek továbbra is az attitűdök bizonytalanságát mutatják. Az attitűdcsoporthoz különbözőségeit elemezve a beteg problémamegoldásának támogatása szignifikánsan alacsonyabb értéket mutat, mint az önállóság igénylése (T=5.9501, p=0,001), míg a „beszélgetés vezetése” és az „elfogadás” csoportokban átlagos értékeket mértünk az intervenció előtt és után is.

A **III. és IV. táblázatok** az attitűdterületek közötti összefüggéseket mutatják be felmérésünk előtt és után.

A vizsgálat előtt felvett kérdőívek alapján erős pozitív korrelációt találtunk az „önál-

III. táblázat: Az attitűdskála elemei közötti korreláció a vizsgálat előtt (N=32)

	Elfogadás	Önállóság igénylése	Problémamegoldás támogatása	Beszélgetés vezetése
Elfogadás	1	0,296	0,071	0,154
Önállóság igénylése		1	0,451 (p=0,01)	-0,071
Problémamegoldás támogatása			1	-0,086
Beszélgetés vezetése				1

IV. táblázat: Az attitűdskála elemei közötti korreláció a vizsgálat után (N=32)

	Elfogadás	Önállóság igénylése	Problémamegoldás támogatása	Beszélgetés vezetése
Elfogadás	1	0,246	0,407 (p=0,02)	0,325 (p=0,02)
Önállóság igénylése		1	0,434 (p=0,01)	0,248
Problémamegoldás támogatása			1	0,084
Beszélgetés vezetése				1

lóság igénylése” és a „problémamegoldás támogatása” állításcsoportok között. A kurzus után kapott adatok elemzése során ezt az összefüggést változatlanul mérni tudtuk. A kurzus utáni mérés eredményei alapján további pozitív összefüggéseket tudunk kimutatni az „elfogadás” és a „problémamegoldás támogatása”, valamint a „beszélgetés vezetése” összetevők között, mely kategóriák a vizsgálat előtt nem mutattak korrelációt. Ezek az eredmények összefüggenek ezekben az attitűdcsoportokban a kurzus után mért magasabb értékekkel.

Következtetések és javaslatok

A szakmai szocializáció során elsajátított attitűdök nehezen befolyásolhatóak. A képzés elsődlegesen a kognitív elemekre van hatással, míg a viselkedés megváltozásának előfeltétele az új ismeretek interiorizálása. Az ismeretek befogadását segíti az új ismeretekhez való pozitív viszonyulás, és azok egybeesése a személy saját értékrendjével. Az attitűd változása az affektív összetevők stabilitása miatt általában hosszabb időt igényel. Ennek megfelelően a vizsgálat kezdő és befejező időpontja között eltelt időtartam

sem volt elegendő az elméleti ismeretek és a gyakorlati megvalósítás megalapozott összekapcsolására. A mindennapos betegápolás során tapasztalt időnyomás, a nagyfokú leterheltség sem támogatja a képzés során elsajátított elméleti ismeretek átültetését a gyakorlatba. A megszerzett elméleti tudástartalmak és a ténylegesen alkalmazott ápolási tevékenységek közötti diszkrépancia a vizsgálatunkban mért válaszártékek bizonytalanságában figyelhető meg.

A tanácsadói attitűd vizsgálata lehetőséget biztosít arra, hogy megismerjük az ápolók tanácsadáshoz való viszonyulását, valamint képet kapjunk a tevékenységet meghatározó ismereteikkel kapcsolatban. A vizsgálat segítségével azonosíthatók a tanácsadás problémás területei, melyek a tanácsadással összefüggő elméleti ismeretek és azok alkalmazásának kritikus pontjai a mindennapos ápolási tevékenység során. A vizsgálat tapasztalatai azonban jelzik azt is, hogy átgondoltan megtervezett és szakszerűen kivitelezett intervenciókkal az elmélet, és a tanácsadás gyakorlati megvalósítása közötti távolság csökkenthető, melynek végső eredménye a betegellátás színvonalának, minőségének emelkedéséhez vezethet.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. (IV.15) tv. Az egészségügyről
- Buda, J. (1998): Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana. POTE EFK: Pécs.
- Cahill, J. (1998): Patient participation: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7:119-128.
- Clery, M., Edwards, C. (1999): 'Something always comes up': Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6:469-477.
- Cumbie, SA. (2001): The integration of mind-body-soul and the practice of humanistic nursing. *Holistic Nursing Practice*, 15;3:56-62.
- Ersser, SJ. (1998): The presentation of the nurse: A neglected dimension of the

- therapeutic nurse-patient interaction. In: McMahon R, Pearson A, eds. *Nursing as Therapy*. 2nd ed. Glos., UK: Stanley Thornes; 37-63.
7. Fitzpatrick, JM., While, AE., Roberts, JD. (1992): The role of the nurse in high quality patient care: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17:1210-1219.
 8. Fosbinder, D. (1994): Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20:1085-1093.
 9. Hagerty, BM., Patusky, KL. (2003): Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35; 2:145-150.
 10. Helembai, K. (1993): Az ápoláslélektan alapkérdései. I. ed. Budapest: Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara.
 11. Helembai, K. (2008): Általános ápoláslélektan. A beteg-kliensvezetés pszichológiája. Kézirat.
 12. Hewison, A. (1995): Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21:75-82.
 13. Kettunen, T., Poskiparta, M., Gerlander, M. (2002): Nurse-patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counselling*, 47:101-113.
 14. Kwaitek, E., McKenzie, K., Loads, D. (2005): Self-awareness and reflection: Exploring the 'therapeutic use of self'. *Learning Disability Practice*, 8;3:27-31.
 15. Luker, K. et al. (2000): The importance of "knowing the patient": Community nurses constructions of providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31;4:775-782.
 16. Millard, L., Hallett, C., Luker, K. (2006): Nurse-patient interaction and decision-making in care: Patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55;2:142-50.
 17. Pearson, A., Vaughan, B. (1996) Az ápolási gyakorlat modelljei. II. ed. Budapest: Medicina.
 18. Potter, PA., Perry, AG. (1996): Az ápolás alapfogalmai. In: Potter PA, Perry AG, eds. *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. III. ed. Budapest: Medicina kiadó: 24-131
 19. Richardson, J. (2002): Health promotion in palliative care: The patients' perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 40; 4: 432-440.
 20. Soohbany, MS. (1999): Counselling as part of the nursing fabric: Where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'lived counselling experiences of nurses'. *Nurse Education Today*, 19;1:35-40.

A study of counsellor attitude among nursing students

Papp, L., Erdősi, E., Helembai, K.

Aim of the study: To survey the counsellor attitudes of nursing students in higher education.

Method and sample: The sample of the survey was comprised of 3rd-year correspondence students at the Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged. (N=32) For the purpose of gathering data the authors used the Counsellor Attitude Scale compiled by K. Helembai, which the members of the sample completed both before and after completion of the "Counselling in Nursing" course module.

Results: The average values typifying the attitude groups displayed no significant differences before and after the course. In the course of the first data survey a positive correlation was identifiable between the "need for independence" and the "support for problem-solving" groups. In the second data survey this correlation was still measurable, and another was found between the "acceptance", the "support for problem-solving" and the "leading the conversation" components.

Conclusions: The result points suggest an uncertainty in the counsellor attitude of the nurses in the sample. The research found a discrepancy between the nurses' theoretical knowledge related to counselling and the practical application of these skills.

Egy speciális zárt közösség egészségi állapota és életmódbeli sajátosságai

Lantos Zsuzsanna

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

Balázs Mihály

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

Köbli Mónika

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

Összefoglaló

A vizsgálat célja: deviáns viselkedésüknél fogva sajátos életmód feltételezhető a fogvatartottak körében, melyet várhatóan tükröz egészségi állapotuk is. A vizsgálat célja felmérni az életmódbeli sajátosságokat, az egészségi állapot mutatóit, az egészségügyi ellátás igénybevételének alakulását a börtönbe kerülés előtt és után, és egyes adatokat összevetni a hazai lakossági mutatókkal.

Vizsgálati módszerek és minta: a szerzők a retrospektív kutatás alanyait kényelmi mintavétellel, beválasztási kritériumok mentén választották ($n=104$). Az adatgyűjtés módszere egyrészt kérdőív volt, mely az OLEF 2003-ban használt „önkitöltős” és „egyéni” kérdőívek részeitől, ill. saját szerkesztésű kérdésekből állt össze; másrészt dokumentumelemzéssel a fogvatartottak egészségügyi törzslapjának adatait vizsgálták. Az elemzés leíró és matematikai statisztikai módszerekkel történt.

Eredmények: a börtönbe kerülés után szignifikánsan rosszabb lett az egészségi állapot szubjektív megítélése. A fogvatartottak gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat a börtönben, mint azelőtt. Visszaesők körében gyakoribb a pszichés problémák megjelenése, mint az első büntényesek esetében. Magas a dohányzók aránya.

Következtetések: az előzetes fogvatartottak egészségmagatartása összességében kedvezőtlenebb képet mutat, mint a lakosságé.

Bevezetés

A WHO 2007-ben átfogó tanulmányt közölt az európai börtönegészségügyről Health in Prison címmel. A leíró jellegű tanulmány 30 európai börtön fogvatartotti populációját vizsgálta 2003. és 2006. között.

A kiadvány összefoglaló képet kívánt nyújtani a börtön szakemberei és a döntéshozók számára azzal kapcsolatban, hogy miként lehet hatékony börtön-egészségügyi rendszert működtetni. A szerzők megemlítik, hogy a börtönök hatékonyan működő egészségügyi ellátórendszere jó hatású a betegségek megelőzésében, lehetőséget nyújt az egészség visszaszerzésére azon fogvatartottak esetében, akik egyébként az ellátó-

rendszert csak korlátozottan tudták igénybe venni. Kiemelik, hogy a fogvatartottak általános egészségi állapota rosszabb a lakosság átlagos egészségi állapotánál, ezért a börtönökben fel kell mérni a fogvatartottak egészségét, hogy megfelelő, szakszerű gyógyítást és prevenció programokat biztosíthassanak nekik. Megállapították továbbá, hogy a börtönkörülmenyek negatív hatással vannak a pszichés egészségre. (Lars et al., 2007)

Hazai és nemzetközi kutatások eredményei egyértelműen igazolták már az egészségi állapot és az életmód közötti szoros összefüggést. Börtönökben fogvatartottak egészségi állapotával és egészségmagatartásával kapcsolatban számos nemzetközi kutatási eredmény áll rendelkezésre, azonban a

hazai szakirodalomban nagyfokú hiányosságot tapasztaltunk e témában. Zárt intézeti körülmények között a lehetőségek és az attitűdök speciális volta miatt egy sajátos egészségmagatartást feltételezhetünk, mely várhatóan az átlag populációtól eltérő egészségi állapotot eredményez. Vizsgálatunk fókusza egy ilyen zárt közösségre, azaz egy büntetés-végrehajtási intézet fogva tartottaira irányult.

A börtönök nagy részében az egészségügyi szolgáltatások közül csak alapellátást végeznek. Néhány börtönben ezt kiegészítették különböző járóbeteg szakellátással, és léteznek kórházi intézmények is a fekvőbetegek részére.

A legnagyobb felelősség és teher azokra az intézetekre hárul, ahol túlnyomó részben előzetes fogvatartottak elhelyezésére kerül sor, hiszen a fogvatartottak jelentős hányada ezekben az intézetekben találkozik először börtön-körülményekkel. (ilyen típusú intézmény vizsgálatunk helyszíne is). A börtönbe kerülő fogvatartottak közül sokan diagnosztizált, súlyos betegségekkel érkeznek. Gyakran a börtön egészségügyi szakemberei fedeznek fel addig elhanyagolt vagy egyáltalán nem kezelt kórképeket. A fogvatartottak egészségi állapotát nem csak a börtönbe kerülés előtti státusuk, de a börtönbe kerülésükkel együtt fellépő pszichés és egyéb hatások is meghatározzák. A kényszerintézkedés okozta lelki terhelés, a zárt környezet, a rezsimek, bizonyos jogok korlátozása, a családtól való elszakadás, a kapcsolattartás nehézségei erőteljes negatív hatással vannak a pszichés állapotra. A börtön-ápolói munka során gyakran tapasztalható a fogvatartottak körében a kiszolgáltatottság érzése, az egészségi állapotukban történő változásokra történő túlzott reakcióik, valamint az, hogy a fogvatartottak egy részénél a vélt egészség-érzés gyakran súlyosabb betegségtudattal párosul, mint azt a valóságos státuszuk tükrözi.

Elméleti háttér

Kutatások hangsúlyozzák, hogy a börtönökben fogva tartottak különleges helyzet foglalnak el az egészségügyi ellátás problé-

makörében. Stewart megemlíti, hogy a fogvatartottak és a lakosság általános és objektív egészségi állapota hasonló. A fogvatartottak körében azonban magas a mentális betegségek és a fertőző betegségek aránya. A rossz szájüregi egészség mellett alacsony volt a szájüregi kezelésekre való hajlam. Az egészségkárosító szerek, mint az alkohol, a dohányzás és a drog használata, valamint a szénhidrátokban gazdag ételek fogyasztása elterjedt volt a fogvatartottak körében. Általánosságban rossznak ítélték meg a saját szubjektív egészségi állapotukat, melyhez hozzájárult helytelen életmódjuk és egészségmagatartásuk. (Stewart, 2007)

Más szerzők eredményei között szerepel, hogy a fogvatartottak úgy gondolják, az egészségügyi ellátás a börtönbüntetés jelentős, fontos eleme, melyre a börtönbe kerüléstől a szabadulásig folyamatosan szükség van. Azon fogvatartottak, akik a börtönbe kerülés előtt nem megfelelően fértek hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez, a börtönben esélyt kaptak a jobb ellátásra. A fogvatartottak felismerték, használták és elfogadták az egészségügyi szolgáltatásokat, azokat is, amelyeket a börtön ápolói nyújtottak. Azonban a szerzők megállapították azt is, hogy az optimális egészségügyi ellátás és a börtön szabályai ellentétesek lehetnek egymásnak, továbbá az autonómia hiánya jelentősen megnehezíti a fogvatartottak egészségügyi szolgáltatásokhoz való teljes körű hozzáférését. A börtön egészségügyi ellátórendszerének megszervezésekor figyelembe kell venni a fogvatartottak véleményét, szempontjait is. (Condon et al., 2007)

Egy nyíregyházi börtönben készült vizsgálat az előzetes fogvatartottak pszichés állapotát kutatta. A szerző kiindulási problémaként az előzetesen fogvatartottak börtönbe kerülésekor többszörösen jelentkező pszichés hatások jelentkezését tárgyalja. Az előzetes letartóztatást még a visszaesők is lelki sokként élik meg. A fogvatartottak különböző módon élik meg a börtönön belüli életet, a börtön okozta lelki ártalmakra különböző válaszokat adnak. Legfontosabb hiányként a családtól való távolmaradást jelölték meg, de jelentős pszichés terhet jelentettek a megváltozott életkörülmények, az elhelyezés, a zárkatársak személyisége,

az autonómiától való részbeni megfosztottság. A lelki betegségek gondozása általában fizikai megjelenéssel, gyógyszeres ellátással történik, kevés a lehetőség a kiváltó okok feltárására, megoldására. (Lebujos, 2006)

Füzesi jelentésében hangsúlyozza, hogy a népesség egészségi állapotát nagyban befolyásolják az életmód- és egészségmagatartási tényezők; továbbá hogy az életmód, az egészségmagatartás, a kockázati tényezők jelenléte inkább társadalmilag és gazdaságilag meghatározott, mint az egyén választásától. Az egészséges életmód és egészségvédő magatartásformák alakításában a társadalmi intézmények nem teljesítik megfelelően feladataikat, nem formálják eléggé az egyén egészséghez fűződő viszonyát. (Füzesi, 2004)

Egy másik hazai tanulmány az egészségi állapotot állítja a középpontba, azt vizsgálja több dimenzióban. Ennek eredményei azt mutatják, hogy különböző korosztályoknál más és más súlyozással játszik szerepet a társadalmi helyzet, és az azzal összefüggő előnyök, illetve hátrányok. A vizsgált csoportban a leghangúlyosabban egészség-betegség összefüggést befolyásoló tényező a depriváció. A középkorú népesség esetében jelentősen meghatározó elemek az életúton szerzett, átélt hátrányok. Ezen hátrányok a jövedelem, az iskolázottság tekintetében kiemelendők, míg a foglalkozás nem találtatott jelentős befolyásoló tényezőnek az egészség-betegség esélyek alakulásában. (Kovács, 2006)

Vizsgálati anyag és módszer

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

lel választottuk.

Fontosnak tartottuk a hazai populáció egészség-mutatóinak és a börtönpopuláció mutatóinak az összehasonlítását, ezért adatgyűjtési módszerünk egyrészt olyan kérdőív volt, mely az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003-ban használt „önkitöltős” és „egyéni” kérdőívek részéből állt. Alkalmaztunk saját szerkesztésű kérdéseket is, és további adatokat gyűjtöttünk a fogvatartottak egészségügyi törzslapjából és egészségügyi adataik számítógépes nyilvántartásából. Másrészt a dokumentumelemzés során az egészségi állapotra vonatkozó orvosi véleményeket, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, betegségtípusok megjelenésének elemszámát vizsgáltuk. A vizsgálati mintacsoportban végül 104 fő került. Az elemzés leíró és matematikai statisztikai módszerekkel (T-próba, Khi-négyzet próba), 5%-os szignifikancia szinten, Excel program segítségével történt.

A vizsgálat célja felmérni a vizsgált mintában az életmódbeli szokásokat, sajátosságokat, az egészségi állapot objektív és szubjektív mutatóit, az egészségügyi ellátás igénybevételének alakulását a börtönbe kerülés előtt és után. Célunk volt továbbá továbbá a többszörösen hátrányos helyzetű előzetes fogvatartottak arányának felmérése a VMBVI előzetesei között, valamint annak kimutatása, hogy a pszichés problémák kialakulása mely fogvatartotti csoport esetében gyakoribb. Végül az előzetes fogvatartottaktól begyűjtött adatok összevetése a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2003) eredményeivel.

Hipotéziseink:

- Az előzetes fogvatartottak túlnyomó többségénél fennáll a rendszeres dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás és az alkalmi droghasználat, mint egészségkárosító magatartás.
- A szubjektív egészségi állapot megítélése a fogvatartottak körében lényegesen rosszabb, mint azt az objektív mutatók (anamnézis és morbiditás) demonstrálják.
- Az előzetes fogvatartottak egészségi állapotukat lényegesen rosszabbnak íté-

lik meg börtönbe kerülésük után, mint börtönbe kerülésük előtt.

- A fogvatartottak börtönben tartózkodásuk során gyakrabban veszik igénybe a hozzáférhető egészségügyi szolgáltatásokat, mint a börtönbe kerülésük előtt; az orvoshoz fordulás gyakorisága tehát a börtönben növekedik.
- Az első büntényes fogvatartottak körében gyakrabban alakulnak ki addig nem létező pszichés problémák (depresszió, szorongás), mint a visszaesők körében.
- A fogvatartottak többségénél az anamnézisükből megállapítható a deprivált státusz.

Eredmények

Egészségkárosító szerek használata

A WHO kimutatása szerint hazánk az Európai Unióban a rendszeres dohányzókat tekintve az elsők között található. (WHO/Europe, 2009)

A vizsgált mintánkban is magas a dohányzók száma, (67,3%) [MT 58,3-76,3], mely az országos átlaghoz képest kedvezőtlenebb képet mutat; a börtönben kétszer annyian dohányoznak, mint az OLEF 2003 felmérésben résztvevő lakosság (**1. táblázat**). A dohányzási szokások és az iskolai végzettség összefüggéseit elemezve felmérésünkben nem mutatható ki jelentős különbség.

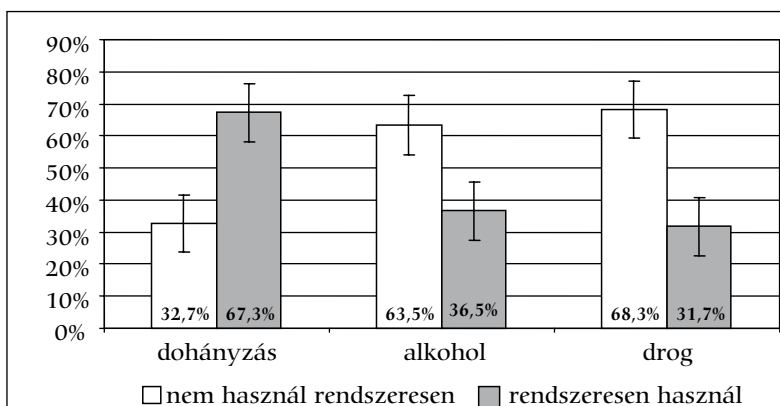
I. táblázat: Dohányzás előfordulásának aránya az OLEF 2003 felmérésben és a VMBV Intézetben előzetes fogvatartottak körében (n=104)

	OLEF 2003	Előzetes fogvatartottak
Dohányzik	30,9%	67,3%
Nem dohányzik	69,1%	32,7%

A gyakoriság megbízhatósági tartományokat elemezve, az egészségkárosító szerek használatának gyakoriságában mindhárom (dohány, alkohol, drog) szerhasználat esetében szignifikáns különbségek állapíthatók meg a rendszeres használók és a nem használók körében; míg a dohányzás esetében a dohányzók száma magasabb, addig az alkohol és a kábítószer tekintetében a használatot tagadók vannak többségben, bár feltételezzük, hogy ez utóbbi két kategóriánál nem kaptunk őszinte, valós válaszokat. (**1. ábra**) Ennek ellenére, bevallásuk alapján rendszeres alkoholfogyasztónak számít a fogvatartottak 36,5 %-a, mely így is több mint a 2003-as Alkohol- és Drog-epidemiológiai Vizsgálat jelentésében olvasható eredmény, mely szerint a válaszadók negyedénél többen nyilatkoztak úgy, hogy rendszeresen fogyasztanak alkoholt. (Busa et al., 2004)

Igen magas a rendszeresen kábítószer használók gyakorisága is, a vizsgált minta mintegy harmada használ rendszeresen ká-

1. ábra: Egészségkárosító szerek használata a VMBV Intézetben előzetes fogvatartottak körében (n=104)



bítószert; ez négyszer gyakoribb, mint a hazai populáció körében. (Paksi, 2003)

Egészségi állapot

Ismeretes, hogy az egészségi állapot objektív mutatói és szubjektív megítélése között különbségek lehetnek. Az orvosi diagnózis objektív információk alapján kerül meghatározásra, míg a szubjektív egészség-érzés az egyén saját értékelése az aktuális egészségről. Az egészségi állapot szubjektív megítélését sok tényező befolyásolhatja; függhet az egyén korától, nemétől, de többek között a társadalmi, földrajzi és kulturális környezettől is.

A következőkben a fogvatartottak jelenlegi egészségének szubjektív megítélését, és a dokumentumok elemzése után kapott objektív mutatók összehasonlítását végeztük el. A dokumentumelemzés alapján nem lehetett három csoportot képezni, ezért csak „jó” és „rossz” egészségi állapot került megkülönböztetésre. Ennek következtében az eredmények némileg torzíthatnak. A rossz egészségi állapotúak közé soroltuk a krónikus, kezelt, gondozott és diétára szoruló betegeket. Érdekes, hogy – várakozásunkkal ellentétben – nem mutatkozott szignifikáns különbség az egészségi állapot megítélése és az objektív mutatók között (Khi-négyzet próba $p=0,98$). (2. ábra)

Vizsgáltuk a börtönkörülmények hatását az egészségi állapot szubjektív megítélésére.

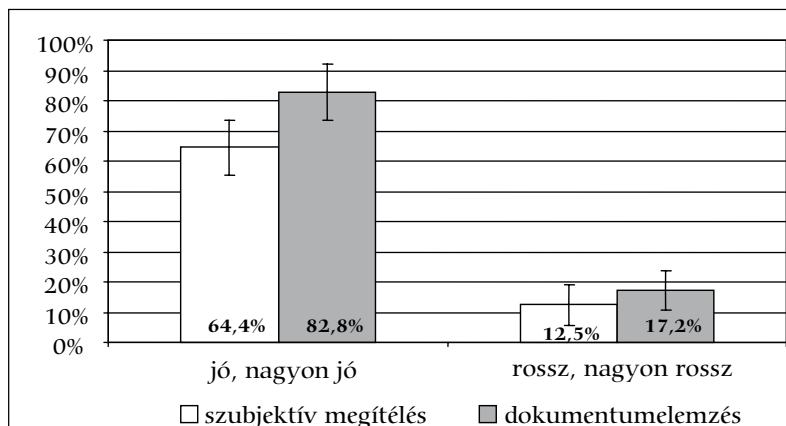
Az öt válaszlehetőség mentén mértük, hogy a fogvatartottak miként vélekednek egészségi állapotukról a börtönbe kerülésük után, majd ezt összevetettük a börtön előtti időszak szubjektív megítélésével. Felére csökkent azok száma, akik szerint nagyon jó az egészségi állapotuk (15,4 %), másfélszeresére emelkedett az egészség „rossz” (14,4 %) és a „nagyon rossz” (5,8 %) megítélése; ugyanakkor majdnem kétszer annyian gondolták kielégítőnek egészségüket (39,4 %) börtönbe kerülésük előtti állapotukhoz képest. Összességében a börtönbe kerülés után, szignifikánsan (Khi próba, $p=0,0098$) rosszabb lett az egészségi állapot szubjektív megítélése.

A VMBV Intézetben fogva tartott előzetesek szubjektív egészségének megítélése meglepően kedvező képet mutat, ha a kérdés a börtönbe kerülés előtti időszakra vonatkozik. (II. táblázat) Ezen eredményeket összehasonlítva a hazai populációval (azonos válaszká-

II. táblázat: A VMBV Intézetben előzetes fogvatartottak szubjektív megítélése börtönbe kerülésük előtti egészségi állapotukról (n=104)

Szubjektív egészség	Megítélés gyakorisága
Nagyon jó	31,7% [MT 22,8-40,7]
Jó	32,7% [MT 23,7-41,7]
Kielégítő	23,1% [MT 14,9-31,2]
Rossz	8,6% [MT 3,2-14,1]
Nagyon rossz	3,9% [MT 0,15-7,5]

2. ábra: Egészségi állapot objektív mutatói és szubjektív megítélése a VMBV Intézetben előzetes fogvatartottak körében (n=104)

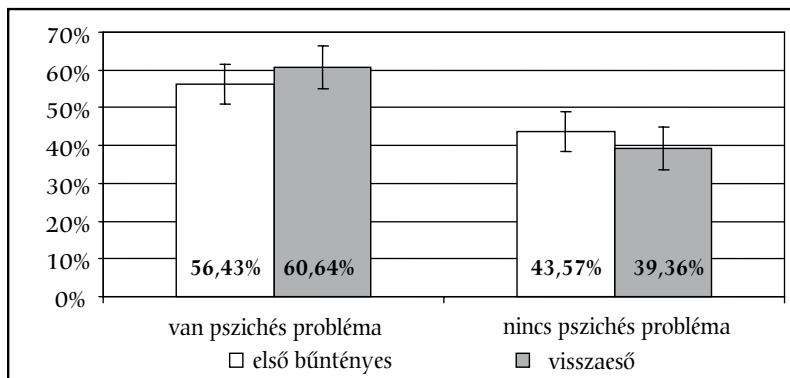


tegoriákat képezve) arra a figyelemre méltó megállapításra jutottunk, hogy a fogvatartottak lényegesen jobbnak ítélik meg egészségi állapotukat a börtön előtti időszakra vonatkozóan, mint az ország lakossága. (3. ábra)

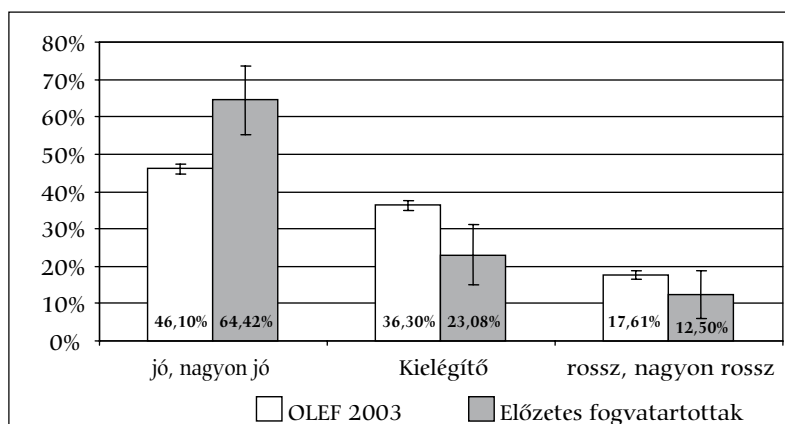
Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

A börtönbe kerülés előtti tizenkét hónapra vonatkozóan vizsgáltuk azt, hogy a fogvatartottak milyen gyakran kerestek fel az orvost (házi orvos, üzemorvos, szakorvos, fogorvos), milyen gyakran találkoztak házi orvos szakasszisztensével, illetve egyéb egészségügyi szakemberrel. Ezen adatokat vetettük össze a börtönben való egészségügyi szolgálathoz történő fordulások számával, az Egészségügyi Alrendszer számítógépes program adatai alapján (orvosi-, szakorvosi rendeléseken való megjelenések száma, ápolói betegellátások száma). A fogvatartottak befogadási eljárásának keretében kötelező ápolói, majd 72 órán belül orvosi befogadáson esnek át. Így még azok a fogvatartottak is legalább kétszer igénybe vesznek egészségügyi szolgáltatást, akik egyébként nem fordulnának orvoshoz. Továbbá az Intézetet valamilyen okból elhagyó fogvatartottak kötelező egészségügyi vizsgálatazon esnek át.

4. ábra: Pszichés problémák kialakulása visszaesők és első büntényesek körében (n=104)



3. ábra: Egészségi állapot szubjektív megítélése az OLEF 2003 felmérésben és a VMBV Intézetben előzetesen fogvatartottak körében



Eredményeink alapján az előzetesek börtönbe kerülésük előtti 12 hónapban átlagosan 6,7 esetben [MT 4,62-8,86], a börtönbe kerülés után átlagosan 14,4 esetben [MT 12,53-16,32] vettek igénybe egészségügyi szolgáltatást; a VMBVI előzetesei tehát az elérhető egészségügyi szolgáltatásokat, az átlagosan börtönben töltött öt és fél hónap alatt, kétszer gyakrabban vették igénybe, mint a börtönbe kerülésük előtti 12 hónapban, a különbség szignifikáns (T-próba, $p < 0,01$).

Pszichés problémák kialakulása

A pszichés problémák kialakulásának gyakoriságát a figyelem, az alvási nehézségek, a feszültség, a problémákkal való megküzdési képesség, a depresszió, lehangoltság és az egyén értéktelenség érzésének dimenzióiban vizsgáltuk. Vizsgálatunk idején 47 fő visszaeső és 57 fő első büntényes fogvatartott volt. Nem várt módon a visszaesők között gyakrabban alakult ki valamilyen pszichés teher, mint az első büntényesek esetében, bár a különbség nem jelentős (Khi-négyzet próba, $p = 0,289$). Mindkét csoporton belül azonban jelentősen többen vannak a pszichés problémákkal rendelkezők, a nem rendelkezőkhöz képest. (4. ábra)

Mindkét csoport – első bűntényesek, visszaesők – tagjainak kétharmada alvással és depresszióval, lehangoltsággal kapcsolatos problémát jelzett, a visszaesők mintegy 75%-ának jelentett problémát a feszültség érzése.

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

A VMBVI-ben megemelkedett egészségügyi ellátások igénybevételének egy része abból is adódhat, hogy a kiszolgáltatottabb réteg bízik egészsége javulásában. Ugyanakkor a pszichés problémák is jelentősen megemelkednek az Intézetben tartózkodás ideje alatt, mely szintén növelheti az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének számát.

Depriváció

Több nemzetközi és hazai szakirodalom megfogalmazta már, hogy a deprivált státusz egészségkárosító hatású. Egy hazai vizsgálat szerint a lehangosabban egészség-betegség összefüggést befolyásoló tényező a depriváció. A depriváció leginkább a jövedelem és az iskolázottság tekintetében meghatározó. A roma népcsoport az átlagosnál kedvezőtlenebb helyzetben van az egészség-esélyeket illetően. (Kovács, 2006)

Jelen kutatásunkban deprivált státuszúnak tekintettük azon előzeteseket, akiknél a következő kategóriák közül legalább négy fennáll: létminimum alatti egy főre jutó jövedelem, szükséglakásban élés vagy hajléktalanság, munkanélküliség, kettő vagy több krónikus betegség, rendszeres alkoholfogyasztás, dohányzás és kábítószer használat. Ez alapján deprivált státuszú a vizsgált minta 44,23 %-a. További veszélyeztető faktorként értékeltük a három vagy több gyereket nevelőket, a falvakban élőket, a legfeljebb 8 általános iskolai végzettségűeket és szakképesítéssel nem rendelkezőket. Amennyiben az összes felsorolt 11 faktor közül egyszerre legalább négy jelen volt, depriváció által veszélyeztetettnek neveztük az egyént; és ez utóbbi kategorizáció alapján ide sorolandó az előzetes fogvatartottak 55,8%-a.

Következtetések

Az előzetes fogvatartottak egészségmagatartása összességében kedvezőtlenebb képet mutat, mint a lakosságé, ezért a börtön-egészségügy fontos feladata a fogvatartottak egészségének javítása. A fogvatartottak szubjektív egészségi állapotának, egészségügyi ellátások igénybevételének, életmódjának, szociális háttérének feltérképezése segíthet adhat az ellátásuk során felmerülő problémák kezelésére, egységesítésére. Mivel a fogvatartottak jelentős része depriváció által veszélyeztetett, ellátásuk, egészségük megtartása, egészségmagatartásuk fejlesztése kiemelt feladat (kelene, hogy legyen) a börtönökben.

A börtön-egészségügy feladata tehát a fogvatartottak egészségi állapotának javítása, további egészségkárosodások megakadályozása, a helyes magatartásformák megismerésnek segítése és elsajátíttatása, ezzel is segítve őket a társadalmi visszailleszkedésben. (Lars et al., 2007)

A káros hatások mellett előnye is van a börtönkörülményeknek; hosszú távú egészségfejlesztési programokat lehet szervezni, esély nyílik az egészségi állapot magasabb szintre emelésére, valamint a prevenció is sikeres lehet.

Kutatásunk eredményeit a gyakorlatban az elsődleges és másodlagos prevenció területén lehet alkalmazni, átlagos börtönkörülmények között. A sikeres magatartás-befolyásolás alapos anamnézis-kutatást igényel az fogvatartottak körében. Célzott egészségfejlesztő-, egészségnevelő programokkal csökkenteni lehet a káros magatartásformák gyakoriságát. Véleményünk szerint a különböző, egészségre ártalmas szokások, hajlamosító tényezők csoportosítása szerint a fogvatartottakat homogén csoportokra osztva hatékonyabban lehet az attitűd megváltoztatásra készíteni, mint nagy létszámú, heterogén csoportban. Fontos, hogy az egészségnevelés során a programban résztvevőket úgy kell irányítani, hogy aktív résztvevői legyenek a foglalkozásoknak. Az egészségmagatartás megfelelő irányba való terelése közben különös figyelemmel kell lenni arra, hogy a fogvatartottak megőrizhessék autonómiájukat, a programot ne érezzék kényszernek, hanem önmaguktól érezzék meg,

sajátítsák el a kívánatos magatartásformákat. Az egészségfejlesztésbe a börtön személyzetét és más, külső szakértőket is be kell vonni. A többszörösen hátrányos helyzetű egyének egészségmagatartásának fejlesztése – ha az megfelelően előkészített, és jól kidol-

gozott tematika mentén végzik – eredményes lehet a káros tevékenységek, ártalmak csökkentésében. (Gyukits, Sándor, 2003) A jól működő börtön-egészségügyi szolgálat hasznos a társadalom, a fogvatartottak és a személyzet számára (Lars, 2007)

Irodalomjegyzék

1. Busa, Cs. et al. (2004): Drogfogyasztás a populációban. In: Gábor E. (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest, 2004.
2. Condon, L. et al. (2007): Users' views of prison health services: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 58, Number 3, pp. 216–226(11)
3. Füzesi, Zs. (2004) Egészségmagatartás, NEJ – 2004, Szakértői változat, Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest
4. Gyukits, Gy., Sándor, I. (2003): A romák egészségvédelmét szolgáló oktatási program a Dzsumbujban, *Lege Artis Medicinae* 2003;13(1):85–7.
5. Kovács, K. (2006): Egészség-esélyek, Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézete, Életünk fordulópontjai, Műhelytanulmányok 5., Budapest
6. Lars, M. et al. (2007): Health in prison. A WHO guide to the essential in prison health, WHO Regional Office Europe, Sec 1:1–179.
7. Lebujos, I. (2006) Az előzetesen letartóztatottak pszichés problémái, különös tekintettel a deprivációkra, *Börtönügyi Szemle*, XXV. évf., 2. szám, pp. 65–84.
8. Paksi, B.(2003): A drogfogyasztás prevalencia értékei. In: Felvinczi K., Ritter I., (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest
9. Stewart, K. (2007) Oral health of Brixton remand prison, *British Dental Journal* 202, pp. 86–87.
10. WHO/Europe, European HFA Database, January 2009, <http://data.euro.who.int/hfad/> [Letöltés: Veszprém, 2009. március 25.]

The state of health and lifestyle attributes of a special closed community

Lantos, Zs., Balázs, M., Köbli, M.

Aim of the study: As a result of their deviant behaviour, prison inmates can be assumed to have an unusual lifestyle, which is also likely to be reflected in their state of health. The aim of the study was to assess the development of lifestyle attributes, the indicators of health, and the use of healthcare services before and after entering prison, and to compare certain items of data with the indicators of the Hungarian population.

Methodology and sample: The authors selected the subjects for the retrospective survey through convenience sampling, based on selection criteria (n=104). The data was gathered partly using a questionnaire, comprising parts of the OLEF „self-completion” and „individual” questionnaires used in 2003, as well as the authors' own questions, and partly through document analysis of the prisoners' health records. The analysis was performed using descriptive and mathematical statistical methods.

Results: after entering prison the subjective perception of health became significantly worse. The prisoners make use of healthcare services more frequently in prison than before their incarceration. In the case of recidivists the emergence of psychological problems is more common than in the case of first-time offenders. The proportion of smokers is high.

Conclusions: The health conduct of prisoners remanded in custody presents an overall less favourable picture than that of the general population.

A pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottság vizsgálata ápolóhallgatók körében

Erdősi Erika

főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Papp László

adjunktus, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Tulkán Ibolya

főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Dr. Helembai Kornélia PhD

tanszékvezető főiskolai tanár, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: felmérni a belső feszültségszabályozás jellemzőit ápolóhallgatók körében és meghatározni a faktorok belső összefüggéseit.

Vizsgálati módszerek és minta: Brengelmann-féle szorongás skála. A szerzők a kutatást a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végezték nappali és levelező tagozatos ápoló hallgatók körében (N=350).

Eredmények: a foglalkozás segítő jellegének megfelelően a kapcsolatteremtési készség szintje jónak mondható. A társas kapcsolatrendszer működtetése szempontjából kedvezőtlen vonásnak elsősorban a magatartás rigid jellege bizonyult. A neuroticitás és az extravertió-introvertió faktorok közötti szignifikáns összefüggés arra utal, hogy az erősen introvertált, illetve erősen extravertált személyiségtípus egyaránt hajlamosít az érzelmi labilitásra. A tagozatok közötti eltérések vizsgálata alapján megállapítható, hogy a nappali tagozatos hallgatók esetében fokozottabban fennáll a külső környezeti hatások általi befolyásolhatóság veszélye, amelyet az érzelmi labilitás fokozott megléte is alátámaszt.

Következtetések: a beteggel/klienssel való interperszonális kapcsolatokban az ápoló gyakran találkozhat belső konfliktusra, bizonytalanságra okot adó helyzetekkel, ezért kiemelten fontosnak tartjuk ezen személyiségvonások feltérképezését és fejlesztését a képzés során.

A probléma ismertetése

Az ápolók munkájuk során a környezet igen összetett hatásaival találkoznak, ezzel egyidejűleg a velük szemben támasztott elvárás rendkívül magas szintű, és kritikus, ugyanis e terület mindvégig dinamikus adaptációt kíván a professzionális tevékenység magas szintű ellátása és a szereppartner-

rekkel való megfelelő bánásmód kialakítása érdekében (Helembai, 1989).

Az elvárások teljesítésében az ápoló részéről fontos a kiegyensúlyozottság, amely a másik félben biztonságérzetet kelt, előnyösen befolyásolja a szereppartner viszonyulásának alakulását a tekintetben, hogy a kölcsönhatásnak jó eredményei legyenek (Frank, 1978; Gottschall, 1973).

Mindezek mellett az ápoló aspektusából a személyiség stabilitása meghatározó feltétele a saját „én” védelmének, hiszen többek között ez biztosítja a fokozott emocionális igénybevétel ellenére az érzelmi elfáradás, a kiegész megelőzésének alapját.

Elméleti háttér

Az egyén és interperszonális környezete egymással szoros kölcsönhatásban álló szerves egységet alkot. A folyamat szabályozását maga az egyén végzi valamennyi pszichológiai folyamatával, állapotával. E rendszeren belül az egyes személyiségtényezőknek eltérő a szabályozó funkciója. A tevékenység szabályozás mellett az önszabályozási funkció biztosítja a környezeti feltételek megfelelő kezelését, az operatív magatartási módok kialakítását, továbbá az önkontroll és a környezet feletti ellenőrzés megvalósítását. A szociális pályakörök, így az ápolói pálya is megkívánja a foglalkozás betöltőjétől a pszichovegetatív és érzelmi kiegyensúlyozottságot, a felelősségteljes kapcsolatleremtő és -tartó magatartást a társas viselkedés során.

Számos megközelítési irány centrális személyiségvonásnak tekinti a belső feszültség-szabályozás mutatóit, különös tekintettel az extravertió-introvertió faktorra, mint olyan jellemzőre, amely jelentős mértékben befolyásolja az egyéni reakciómódok minőségét (Adams & Klein, 1970; Addis & Gamble, 2004; Costa & McCrae, 1992; Eysenck, 1992; Goldberg, 1992; Gray, 1994; Helembai, 1987; McCrae & Costa, 1997; Suliman & Halabi, 2007; Vestewig & Moss; 1976).

A vizsgálat célja

Felmérni a személyiség önszabályozó rendszerén belül az interperszonális kapcsolatrendszer működtetése szempontjából meghatározó jelentőségű belső feszültség-szabályozás (rigiditás, neuroticitás és extravertió-introvertió) jellemzőit. Feltárni a mérőeszköz egyes faktorai közötti összefüggéseket, továbbá megállapítani a tagozatok közötti eltéréseket.

Vizsgálati módszerek

Kutatásunk során az Eysenck alapelméletéből származó szorongás skálát alkalmaztuk, melynek produkciófelülete a neuroticitásra, a rigiditásra, valamint az extravertió-introvertióra terjed ki (Eysenck, 1992). Az eljárás Brengelmann átdolgozását és Tringer hazai adaptálását követően vált különösen gyakran használt mérőeszközzé a hazai kutatásokban, mivel mutatói megbízható jelzői az egyén környezetéhez való viszonyulásnak (Tringer, 1969). Az extravertió-introvertió dimenziójában az extravertált embert elsődlegesen a társadalmi realitás határozza meg. Kifelé forduló, könnyen sajátítja el a különböző viselkedés-mintákat, szociális ügyesség jellemzi. Ezzel szemben az introvertált személy befelé forduló, új szociális környezetben nehezen találja fel magát, nehezebben alakítja ki a társas együttélés szokásos viselkedés-mintáit, szociális értékrendszerét kevésbé rugalmasan építi át. Kedvezőtlennek elsősorban a szélsőséges extravertió, illetve introvertió mutatkozik, hiszen az előbbi a környezet általi túlzott befolyásolhatóság, „elsodorhatóság” veszélyét rejtje magában, míg az utóbbi a társas interakciók elutasítását jelentheti.

A neuroticitás a társas viszonyulásokban az érzelmi bizonytalanságot, az érzelmi reakciómódok szintjét jelzi, a rigiditás pedig a személyiség aktivitásának mértékét mutatja az állandóan változó interperszonális kapcsolatrendszerhez történő alkalmazkodás során. Ez a személyiségvonás alapvetően a magatartás rugalmas adaptációját teszi lehetővé a változó feltételekhez. Szélsőséges értékei merev viselkedési sémák fokozott alkalmazására utalnak, amely mögött többek között a személyiség kidolgozatlanága húzódhat meg.

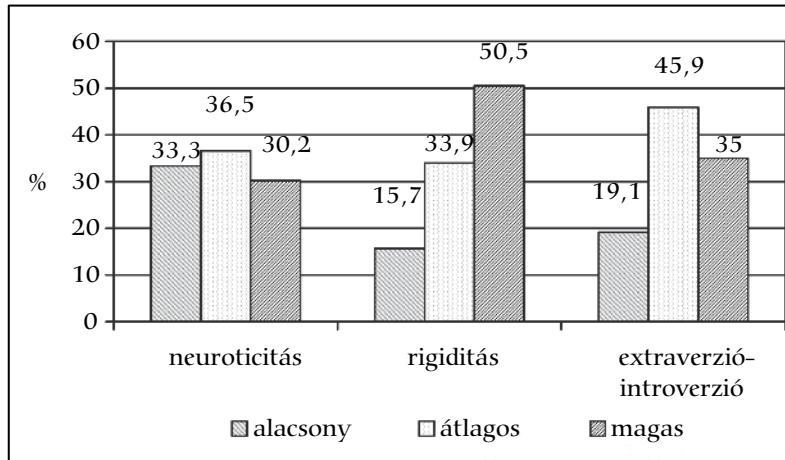
Az adatok kiértékelése az SPSS for Windows 13.0 programcsomag alkalmazásával történt. Az elemzés során leíró és matematikai statisztikai módszereket egyaránt használtunk. Az alapstatisztika az átlagértékek és a szóródás megállapítására terjedt ki. A skála saját faktorai közötti összefüggések feltárásához korrelációs számítást végeztünk. A tagozatok szerinti eltérések vizsgálatakor a független két mintás t-próbát alkalmaztuk.

A vizsgált minta

Kutatásunkat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végeztük harmadéves nappali (N=84 fő) és levelező (N=266 fő) tagozatos ápoló hallgatók körében. A vizsgálatba

megoszlása közel egyenletes, a Rigiditás és az Extraverzió-introverzió skálákon viszont jelentős eltérés tapasztalható. A hallgatók többsége az Extraverzió-introverzió faktor esetében az átlagos, míg a Rigiditás faktor vonatkozásában pedig a magas kategóriába tartozott (**1. ábra**).

1. ábra: A feszültség szabályozás mutatóinak megoszlása, % (N=350)



a 2004/2005-ös tanévtől kezdődően négy egymást követő évfolyamot vontunk be, így a kutatásban összesen 350 fő vett részt.

Eredmények

Az elemzés során a tesztkonstrukció három faktorát vizsgáltuk: Neuroticitás, Rigiditás és Extraverzió-introverzió.

Az egyes faktorok jellemzői: Neuroticitás $M=19,79$, $SD=8,3$; Rigiditás $M=18,59$, $SD=5,38$; Extraverzió-introverzió $M=17,95$, $SD=7,42$. Összehasonlítva a kapott átlagértékeket a szorongásskála standardizált átlagértékeivel, levonhatjuk azt a következtetést, miszerint a vizsgált minta a Neuroticitás és az Extraverzió-introverzió mutatók esetében a standardizált átlaghoz közeli eredményt ért el. A Rigiditás átlaga azonban jelentősen, közel 4 ponttal a felnőtt átlag fölött helyezkedik el, vagyis a merev viselkedést implikáló rigiditás hangsúlyozottan jelen van hallgatóink körében.

Az egyes faktorokat a kategóriák szerinti megoszlás alapján elemezve megállapítható, hogy a Neuroticitás faktornál a kategóriák

Megvizsgáltuk továbbá, hogy az egyes mutatók vonatkozásában a szélső (minimum és maximum) értékekhez közeli eredményt a minta hány százaléka ért el, mivel ezek a személyiségvonások kedvezőtlenek lehetnek az interperszonális kapcsolatok szempontjából. A Neuroticitás faktornál a minimumhoz közel 1,42% (5 fő), a maximumhoz közel 4,2% (15 fő); a Rigiditás faktornál a minimumhoz közel 1,14% (4 fő), a maximumhoz közel 8,57% (30 fő); az Extraverzió-introverzió esetében pedig a minimumhoz közel 4% (14 fő erősen introvertált), a maximumhoz közel 12,28% (43 fő erősen extravertált). A Neuroticitás szélső értékhez közeli pontszámai utalhatnak a személyiség erőteljes érzelmi labilitására, ez potenciálisan a minta 5,62 %-át érintheti. A Rigiditás faktoralapú kapcsolatban ki kell emelnünk azt a ténytet, miszerint a minta 10%-a oly mértékben ragaszkodik a megszokott merev viselkedési sémákhoz, hogy szinte teljes mértékben képtelen a helyzetnek megfelelő flexibilis alkalmazkodásra. További kedvezőtlen mutató az Extraverzió-introverzió skálán elért 16,28%-os szélsőérték közeli eredmény. A minimumhoz közeli pontszám jelezheti a

mért vonás sérülékenységet, a kapcsolatteremtés átmeneti vagy tartós zavarát, elutasítását. A maximumhoz közeli érték pedig a nyitottság dimenzióán kívül utalhat a környezet általi túlzott befolyásolhatóság, az „elsodorhatóság” veszélyére.

A faktorok közötti összefüggésre fókuszálva megállapítható, hogy a Neuroticitás és Extraverzió-introverzió faktorok között szignifikáns negatív korreláció rejlik ($r = -0,381$, $p < 0,001$). Az egyik mutatónál elért magas pontszám maga után vont a másik faktor alacsony pontszámát, vagyis a Neuroticitás magas értéke introverzióval, alacsony értéke pedig extraverzióval párosult. Tehát azt mondhatjuk, hogy az erősen introvertált, illetve erősen extravertált személyiségtípus egyaránt hajlamosít az érzelmi labilitásra, hiszen a Neuroticitás mutató esetében az érzelmi reakciók kiegyensúlyozottsága a legvalószínűbb a neuroticitás átlagvezetében.

A 3 faktort összevetve szignifikáns különbséget ($t = 2,2$; $p < 0,05$) tapasztaltunk a két tagozat között: a nappali tagozatosok magasabb értéket értek el a Neuroticitás skálán (nappali: $M = 21,6$ $SD = 7,97$; levelező: $M = 19,2$ $SD = 8,34$), s ebből következően az introvertált dominancia is feltételezhető.

A nappali tagozatos hallgatók esetében továbbá fokozottabban fennáll a kötődési bizonytalanság, a befolyásolhatóság veszélye: az Extraverzió-introverzió maximumhoz közeli értéke a teljes minta 12,28%-át teszi ki (43 fő), s ebből 40 fő nappali tagozatos. Ezt támasztja alá az érzelmi labilitás, a neuroticitás szignifikánsan magasabb értéke is.

Következtetések

Az egyén magatartásában a reakciómódok minősége jelentős hatást gyakorol a társas viszonyrendszer működtetésére. A magatartás irányítása és az alkalmazkodás szempontjából fontos felismerni azokat a

tényezőket, amelyek befolyásolják a viselkedést, hogy az egyén meg tudja változtatni ezeket a faktorokat a kívánt eredmény elérése érdekében.

A jelentős érzelmi hatásokat hordozó ápolói pályán a pszichovegetatív és érzelmi megterhelés adekvát kezelése kiemelkedő fontosságú. A társas kapcsolatok létesítése iránti igény szintje jónak mondható ($M = 17,95$), az Extraverzió-introverzió faktor esetében a hallgatók döntő többsége az átlagos (45,9%) és a magas (35%) tartományba sorolható. A Neuroticitás értékei is megfelelnek a standard felnőtt átlagnak ($M = 19,79$), a minta megoszlási aránya az egyes kategóriák között közel azonos, vagyis az érzelmi stabilitás mellett ugyanolyan mértékben megfigyelhető az érzelmi reakciómódok bizonytalan jellege is. A Rigiditás faktor értéke átlag fölötti ($M = 18,59$), s ez a merev viselkedési sémák hangsúlyos jelenlétére utal.

Megvizsgáltuk az egyes mutatók vonatkozásában a szélső értékekhez közeli tartományba esők százalékos arányát, mivel az eredmények alapján kedvezőtlen személyiségvonások meglétére következtethetünk. A szélsőségesen merev viselkedés a minta 10%-ának okoz alkalmazkodási nehézséget, továbbá hallgatóink 5,62%-át érinti a magatartás erőteljes érzelmi labilitása. Emellett megjelenik a környezet általi befolyásolhatóság (12,28%), valamint a kapcsolatteremtés gátoltsága, elutasítása (4%).

Az önszabályozási funkció a szakképzés időszakában is folyamatosan fejlődik az egyén és a környezet dinamikus kölcsönhatásában. A szakmai készségfejlesztő foglalkozások során előtérbe kell helyezni centrális vonásként a belső feszültség szabályozásának mutatóit és elsősorban saját élményre épülő gyakorlatok (pl. akváriumgyakorlatok, szituációs helyzetgyakorlatok, videofelvételek elemzése) alkalmazásával tartjuk célszerűnek az egyes személyiségvonások feltérképezését, fejlesztését.

Irodalomjegyzék

1. Adams, J., Klein, L.R. (1970): Students in nursing school consideration in assessing personality characteristics. *Nursing Research*, 19(4), 362-366.
2. Addis, J., Gamble, C. (2004): Assertive outreach nurses' experience of engagement. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 11, 452-460.
3. Costa Jr. P.T., McCrae, R.R. (1992): Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual, Psychological Assessment Resources, Odessa.
4. Eysenck, H.J. (1992): Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 667-673.
5. Frank, J.D. Expectation and therapeutic outcome – the placebo effect and the role induction interview. (1978): In: Frank, J.D. (Ed.): *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York, Brunne/Mazel, pp. 138.
6. Goldberg, L.R. (1992): The development of markers of the Big-Five factor structure. *Psychological Assess*, 4, 26-42.
7. Gottschall, I. (1973): A study of rediction and outcome in a mental health crisis clinic. *American Journal of Psychiatry*, 1107-1111.
8. Gray, J.A. (1994): Personality dimensions and emotion systems. In: Ekman, P. and Davidson, R.J. *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*, Oxford University Press, New York, 329-331.
9. Helembai, K. (1987): Az interakciók személyiségben rejlő feltételeinek vizsgálata szociális pályára irányuló középiskolai tanulók körében. *Acta Universitatis Szegediensis de Attila József nominate Sectio Paedagogica et Psychologica*, Szeged, 29.
10. Helembai, K. (1989): A szociális pályára készülő középiskolai tanulók identifikációs folyamatának elemzése. Kandidátusi értekezés. Kézirat. Oktatókutatató Intézet, Budapest, pp. 54-58.
11. McCrae, R.R., Costa, Jr. P.T. (1997): Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
12. Suliman, W.A., Halabi, J. (2007): Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students. *Nurse Education Today*, 27, 162-168.
13. Tringer, L. (1969): A Brengelmann-féle személyiségvizsgáló kérdőív magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 26(3-4), 477-491.
14. 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.

A study of psycho-vegetative and emotional balance among nursing students

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

Aim of the study: To assess the characteristics of internal stress regulation among nursing students, and to determine the internal correlations between the factors.

Methodology and sample: Brengelmann anxiety scale. The authors conducted their survey among full-time and correspondence nursing students at the Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged (N=350).

Results: In keeping with the caring nature of the profession, the level of interpersonal skill was good. The most unfavourable attribute from the perspective of social networking was the inflexible nature of conduct. The significant correlation between neuroticism and the extraversion-introversion factors suggests that both the highly introverted and strongly extroverted personality types have a tendency towards emotional volatility. Based on the study of differences between the types of course it can be established that the full-time students are more vulnerable the influence of external environmental impacts, a fact that is also evidenced by the higher degree of emotional volatility.

Conclusions: In interpersonal relationships with patients/clients, nurses may often experience situations that give rise to internal conflict and uncertainty, which is why we regard the mapping and development of personality traits as being of key importance in the course of training.

Gratulálunk!

Semmelweis Ignác születésének 191. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter szakmai elismeréseket adományozott.

Pro Sanitate-díj elismerésben részesült kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként:

Boros Józsefné, Pereszteg Község Önkormányzatának területi védőnője

László Béláné, a Fejér Megyei Szent György Kórház IV. Belgyógyászati Osztályának osztályvezető főnővére

Egészségügyi Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett kimagasló, példaértékű tevékenységéért, életműve elismeréseként:

Boros Sándorné, Nagyhalász Város Önkormányzatának védőnője

Gelencsér Lászlóné, Nagyatád Város polgármesteri Hivatala Egészségügyi Alapellátás Védőnői Szolgálatának védőnője

Hangodi Andrásné, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Patológiai Osztályának vezető asszisztense

Konczné Bakos Mária, Kisújszállás Város Önkormányzata Egészségügyi Szolgálatának védőnője

Ladán Jenőné, a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház Kht. fizioterápiás csoport vezetője

Oláh Béláné, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet ápolója

Pócsi Istvánné, a tiszabecsi Med-Konsult Bt. betegápolója

Schönek Béláné, az Országos Korányi TBC Intézet szakápolója

Sebestyén Lajosné, Kocs Község Önkormányzatának védőnője

Szabó Gyuláné, a Zala Megyei Kórház II. számú Belgyógyászati Osztályának vezető dietetikusa

Egészségügyi Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Bak Éva, a Budapest, XI. kerületi Gyógyír XI. Kft. területi védőnője

Balászné Gál Andrea, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központjának vezető asszisztense

Braun Erzsébet, a Vas Megyei Markuszovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház Zrt. Intenzív Osztályának ápolója

Imru Györgyné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jósa András Oktató Kórház ápolója

Kiefer Csilla, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. számú Belgyógyászati Klinikájának főnővére

Kiss László, a váci Jávorszky Ödön Városi Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályának főápolója

Kulcsár Edina, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának szocioterapeutája

Orosz Jánosné, az Országos Vérellátó Szolgálat Szegedi Regionális Vérellátó Központjának vezető asszisztense

Papp Istvánné, a Mátrai Gyógyintézet ápolója

Szabóné Pencz Gyöngyi, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Reumatológiai és Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályának vezető ápolója

Veres Miklósné, a békéscsabai Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet vezető asszisztense

Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült együttesen végrehajtott kiemelkedő tevékenységéért:

A Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház II. számú Pszichiátriai Osztály Művészetterápiás Részlegének kollektívája

A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Felnőtt Szívsebészet Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Részleg kollektívája

Az akut myocardialis infarctus kezelési módszereinek összehasonlítása a páciensek és az ápolók szemszögéből

Cserhádi Eszter

ápolóhallgató, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ

Dr. Sayour Amer

főorvos, PAMOK Kardiológiai Osztály, Győr

Lantos Zsuzsanna

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

Összefoglaló

A vizsgálat célja: a szívinfarktus szempontjából legvesélyeztetettebb korcsoportok leírása, a kétféle reperfúziós eljárásnál fellépő korai szövődmények gyakoriságának, illetve tapasztalt különbségeinek meghatározása; valamint az ápolók véleményének megismerése az intervenciós eljárás bevezetéséről.

Vizsgálati anyag és módszer: a szerzők retrospektív kutatásuk során a győri PAMOK Kardiológiai Osztályára AMI diagnózisával 2003. november 1. és 2007. november 30. között felvételre került betegek (n=556) ápolási és orvosi dokumentációit, kisebb hányaduk kérdőívre adott válaszait, valamint ugyanezen betegeket gondozó ápolók önköltés kérdőívre adott válaszait elemezték, leíró és matematikai statisztikával.

Eredmények: a 61 év feletti férfi lakosok AMI szempontjából nem veszélyeztetettebbek szignifikánsan a vizsgálatban szereplő többi csoportnál. Számos szövődmény szignifikánsan ritkábban fordult elő, és a mellkasi fájdalom lényegesen hamarabb megszűnt a percutan coronaria intervenció után, mint thrombolysis esetén.

Következtetések: bizonyított a PCI előnye a thrombolysissel szemben. Hátránya, hogy a betegek hosszabb időt kénytelenek ágynyugalomban tölteni, és az ápolói ellátási szükséglet, ennek folyamánként az ápolói munka mennyisége is nőtt.

I. Bevezetés

Hazánkban a szív koszorúereinek betegsége az egyik leggyakrabban előforduló, gyakran infarctushoz, esetleg korai halálhoz vezető megbetegedés. A cardiovascularis betegek diagnosztikája és terápiája elképzelhetetlen korszerű haemodinamikai háttér nélkül. Az új központok létrehozásának köszönhetően mára az ország lefedettsége szinte teljesnek mondható. 2005. november 5-e óta az akut myocardialis infarctus (AMI) ellátási lehetősége a thrombolysis mellett a percutan coronaria intervenció (PCI) eljárással

bővült Győrben is. A haemodinamikai laboratórium nagyrészt Győr-Moson-Sopron Megyét látja el, mely népsűrűség tekintetében országunkban a harmadik helyen áll.

Acut myocardialis infarctusban az elzáródott ér gyors reperfúziója döntő jelentőségű a szövődmények megelőzésében és a halálozás csökkentésében, a későbbi teljes értékű életvitel biztosításában, a munkaképesség-csökkenés elkerülésében. Bizonyított, hogy a betegek túlélésében a korai, teljes, tartós reperfúzió elérése a legfontosabb prognosztikai tényező (Mohácsi, Édes, Czuriga 2004).

Reperfüziós kezelések

A szívizomelhalás az idő függvényében zajlik le; 4-6 óra elteltével a myocardium-mentésre kicsi az esély. A thrombolytikumok korai használata előnyös, mivel rögzülő képességük az idő múlásával csökken, azonban az infarktus első két órájában alkalmazva drámaian csökkenti a mortalitást (Halmai, 2005). A fibrinolytikus szerek a beadástól számítva 60-90 perc múlva nyitják meg az elzáródott eret, míg a ballonos tágitással azonnali eredményt kapunk. Ezért, ha a panaszok 3 órán belüliek és van időben elérhető haemodinamikai labor, a beteget oda kell szállítani. Amennyiben a páciens 90 percen belül nem juthat el intervenció laborba és 3 órán belüli panaszokkal érkezik, akkor a lysis azonnali megkezdése szükséges. A sürgősségi és a korai ellátás optimális esetben a mentőautóban kezdődik, és a szívkatéteres laboratóriumban folytatódik. Ha az invazív kezelés nem hozzáférhető, a beteg kezelése a coronaria-örzöben, illetve kardiológiai osztályon, esetleg belgyógyászaton történik (Kerkovits, 2006).

A thrombolysis közben és az azt követő időszakban számolni kell az esetleges szövődmények kialakulásával (Czuriga, 2007). Több nem kívánt hatása lehet a kezelésnek, például ritmuszavarok (VES, salve, kamrai tachycardia, kamrafibrilláció, bradycardia, asystolia), balszívfél elégtelenség, cardiogen shock, hypotónia, szív ruptura, allergiás reakció, vérzéses szövődmények.

A thrombolysist követően a betegek 12 órát ágynyugalomban töltenek (ez idő alatt ápolói teendő a folyamatos monitorozás mellett a mindennapos szükségleteik kielégítése), majd gyógytornász bevonásával kezdődik a fokozatos mobilizáció. Panaszmentes esetben hét napos kórházi tartózkodást követően a páciensek otthonukba bocsáthatók.

Percutan coronaria intervenció

A beavatkozás lokál anesztéziában, éber állapotban történik (kivéve, ha a beteg haemodinamikai instabilitása intubálást, lélegeztetést kíván). Általában az arteria femoralis, ritkábban az arteria radialis vagy brachialis punctiojával, Seldinger technikával kerül sor egy úgynevezett sheath behelyezésére az arteria lumenébe (Gyenes, 2001).

Ezt követően a katéterek felvezetésével végezhető el a coronarográfia, majd az intervenció. Acut infarctus esetén mindig csak az infarctusért felelős, úgynevezett culprit lézió kerül kezelésre. A revascularisatio során vezetődrótot juttat az ellátó team a kiválasztott coronariába, majd a vezetődrót segítségével, arra ráhúzva juttatják az adott coronariába a szükséges intervencionális eszközöket (ballon, stent). A primer PCI nem csupán mechanikus beavatkozást jelent, hanem komplex, katéteres és gyógyszeres kezelést. Az infarctus kezelésében szokásos aspirin, statin, béta-blokkoló mellett különböző antithromboticus és antikoaguláns (clopidogrel, heparin) készítmények együttes adása is szükséges. Az antithromboticus kezelés egy részét tartósan, folyamatosan kell alkalmazni (Merkely, 2005).

Több költség-haszon vizsgálat támasztja alá a korai invazív vizsgálat és revascularisatiós kezelés hosszú távú megtérülését. A DANAMI-2 tanulmányban azt vizsgálták, hogy jobb-e, ha a beteget szívkatéteres laboratóriummal rendelkező centrumba szállítják, és ott elvégzik a primer PCI-t, mint ha csak thrombolysisben részesül. A protokoll maximum háromórás transzferidőt engedélyezett. A 30 napos kombinált végpontokban (halál, reinfarctus és stroke) az átszállított primer PCI-ben részesülő betegek körében szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető (14,2% vs. 8,5%; $p < 0,002$), míg a mortalitás-csökkenés nem volt szignifikáns (8,6% vs. 6,5%; $p = 0,20$) (Zámolyi, 2003).

1999-2004 között 26205 egymást követő ST-elevációs myocardialis infarctusban szenvedő páciens prospektív megfigyelési vizsgálatát végezték (Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admissions), akik a tünet kezdetétől 15 órán belül reperfüziós kezelésben részesültek. A megfigyelők vizsgálták a mortalitást, a reinfarctust, az újrafelvételt. Arra a következtetésre jutottak, hogy a primer PCI rövidebb kórházi tartózkodással, kevesebb reinfarctussal, csökkent újra felvétellel és mortalitással jár, mint a thrombolysis (Stenstrand, Lindback, Wallentin, 2006).

1994-2004 között 25 izraeli kórházban tanulmányozták az intenzív részlegekre akut myocardialis infarctus diagnózissal felvett betegek ellátásának eredményeit. A thrombolysis csökkenésének okaként a percutan coronaria intervenció során tapasztalható biztosabb reperfúziós eredményt és a szövődmények csökkenését említették. A katéteres terápia legjobb eredményei: csökkent a reinfarctusok száma, a reischemia aránya, cardiogen shockos betegek száma, pitvar fibrilláció, VT/VF, AV block. A legjobb eredményt a halálozási arány csökkenése adta (Hod et al., 2006).

1990 és 2002 között publikált absztrak-tok és folyóirat cikkek alapján végezték az akut myocardialis infarctusban szenvedő betegek primer PCI-vel és kórházon belüli fibrinolysissal történt kezelésének összehasonlítását, randomizált klinikai kísérletek összegyűjtött analízisei alapján. A vizsgálat azt mutatta, hogy PCI esetén csökkent a 30 napos mortalitás (Boersma, 2006).

Saját vizsgálati célunk a szívinfarktus szempontjából legveszélyeztetettebb korcsoportok leírása, a kétféle reperfúziós eljárásnál fellépő korai szövődmények gyakoriságának, illetve tapasztalt különbségeinek meghatározása volt; valamint feltárni az ápolók véleményét az intervenció eljárás bevezetéséről.

II. Vizsgálati anyag és módszer

Retrospektív, feltáró kutatásunk során a győri PAMOK Kardiológiai Osztályára akut myocardialis infarctus diagnózissal 2003. november 1. és 2007. november 30. között felvételre került valamennyi beteg (n=556) ápolási és orvosi dokumentációit elemeztük, 15 szempont alapján. Direkt adatforrásaink másik részét ugyanezen osztályon dolgozó ápolók anonim önkéntes kérdőívre adott válaszaik alkották. Az adatgyűjtési időszak utolsó 6 hónapjában az AMI diagnózissal kezelt betegek véleményét (n=98) anonim kérdőívvel mértük.

A mintaválasztás módja mindkét esetben akcidentális, azaz elérhető alanyra korlátozó mintavétel volt.

Az adatfeldolgozás leíró és matematikai (Khi-2 próba) statisztikai elemzéssel történt.

A kutatási céljainknak megfelelően az alábbi hipotéziseket állítottuk fel:

- A 61 év feletti férfi lakosok a legveszélyeztetettebbek akut myocardialis infarctus szempontjából.

- A percutan coronaria intervencióval kezelt betegek esetében ritkábbak a korai szövődmények (mortalitás, reinfarctus, vérzések, ritmuszavarok, allergiás reakció, balszívfél elégtelenség, cardiogen shock, szívruptura), mint a thrombolysisen átesetteknél.

- A mellkasi fájdalom hamarabb megszűnik a percutan coronaria intervenció után, mint a thrombolysist követően.

- Az ápolói munka mennyisége csökkent az intervenció eljárásnak köszönhetően.

III. Eredmények

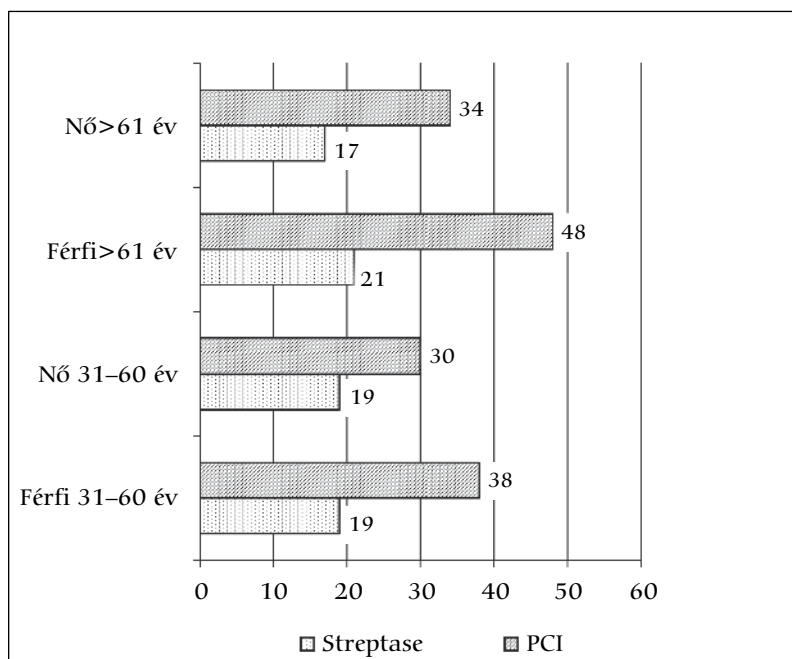
A vizsgált négy év alatt 556 páciens került felvételre az osztályra akut myocardialis infarctus diagnózissal. 309 esetben alkalmaztak konzervatív terápiát, 76 páciens részesült Streptase kezelésben, és 171 esetben történt szívkatéteres vizsgálat, melynek során 150 betegnél került sor stent beültetésre, 21 páciensnek pedig szívűtétet javasoltak.

Az időfaktor nagy jelentőséggel bír az infarctus kezelésében, kimenetelében. Cél a mielőbbi reperfúzió elérésével a lehető legtöbb szívizom megmentése. Vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy a betegek 17%-a 3 órán belül, 32% 3 órán túl, de 12 órán belül, és 51% 12 órát meghaladó panaszokkal került felvételre.

A vizsgálat szerint leggyakrabban (30,53%) a 61 évnél idősebb férfiak részesültek reperfúziós kezelésben (**1. ábra**), de szignifikáns különbség nincs a korcsoportok között (p= 0,97014).

Számos szövődmény szignifikánsan ritkábban fordult elő a PCI, mint a Streptase kezelés során, így a bradycardia (p= 0,0015), a kamrafibrilláció (p= 0,0288), a balszívfél elégtelenség (p= 0,026), a cardiogen shock

1. ábra: Reperfúziós kezelésben részesültek nem és kor szerinti megoszlása (n=226)



($p=0,028$), a ruptura ($p=0,046$), a reinfarctus ($p=0,008$), a major vérzés ($p=0,032$) szempontjából tehát a thrombolysissal kezelt betegek veszélyeztetettebbek. Az allergiás reakció, az agyi történes, a minor vérzéses szövődmények, és a kórházi mortalitás gyakorisága nem mutat szignifikáns eltérést a kétféle reperfúziós kezelésnél (1. táblázat).

elemezve nem adott szignifikáns különbséget ($p=0,269$). Az összes AMI diagnózissal rendelkező beteg kórházi mortalitását megvizsgálva azt találtuk, hogy a legvesélyeztetettebbek a konzervatív terápiával kezelték (2. ábra), melynek oka az ún. „időn túli” felvétel. A szív műtetre javasolt betegek körében nem történt elhalálozás.

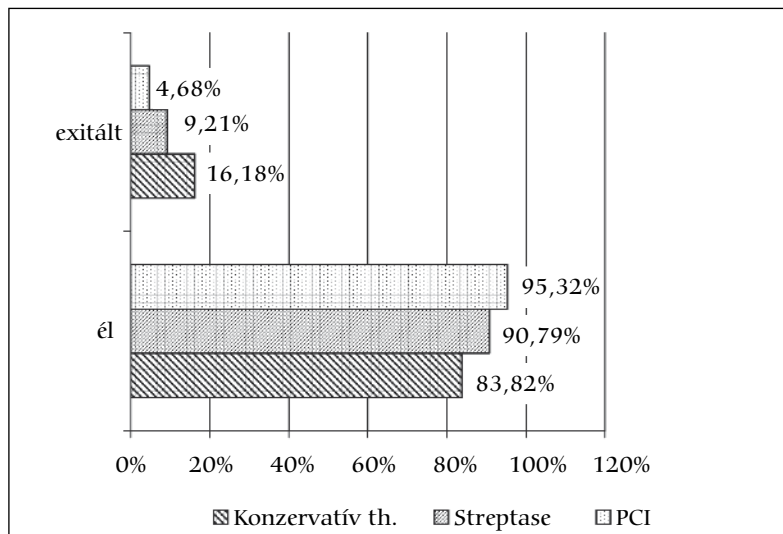
I. táblázat: Szövődmények gyakorisága thrombolysis és PCI során

	MT Streptase	MT PCI	Szig. (Khi)
bradycardia	0,07 {0,01; 0,12}	0 {0; 0}	$p=0,0015$
kamrafibrilláció	0,17 {0,111; 0,23}	0,07 {0,03; 0,106}	$p=0,0288$
cardiogen shock	0,11 {0,07; 0,17}	0,033 {0,005; 0,06}	$p=0,028$
ruptura	0,0026 {-0,009; 0,06}	0 {0; 0}	$p=0,046$
reinfarctus	0,203 {0,105; 0,302}	0,06 {0,022; 0,098}	$p=0,008$
major vérzés	0,092 {0,046; 0,139}	0,02 {-0,002; 0,042}	$p=0,032$
minor vérzés	0,105 {0,036; 0,174}	0,147 {0,090; 0,203}	$p=0,386$
allergiás reakció	0,013 {-0,012; 0,039}	0,007 {-0,006; 0,019}	$p=0,622$
agyi történes	0,013 {-0,012; 0,038}	0,013 {-0,005; 0,032}	$p=0,991$
kórházi mortalitás	0,092 {0,027; 0,157}	0,053 {0,017; 0,089}	$p=0,269$

A kórházi mortalitást megvizsgálva, a thrombolysisen átesett betegek 9,21%-a, PCI-n átesett betegek 4,68%-a exitált a kórházi tartózkodása alatt, mely Khi négyzet próbával

A reperfúziós kezelést követően a kórházban töltött napok számát megvizsgálva szintén egyértelmű a PCI előnye (3. ábra).

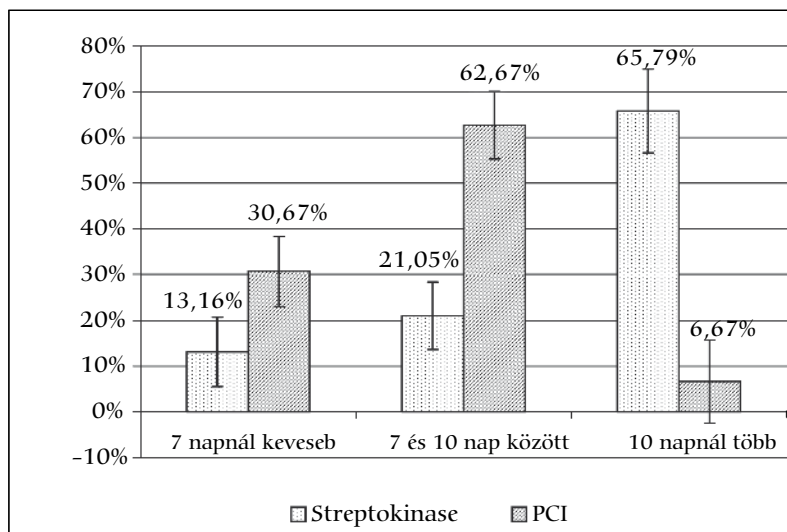
2. ábra: A terápiák kimenetele a beteg életkilátásaira vonatkozóan (n=556)



A Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Kardiológiai Osztályán dolgozó **ápolók** (n=30) **véleménye** alapján az akut myocardialis infarctusban szenvedő beteggel való találkozásuk gyakorisága az intervenció eljárás bevezetését követően jelentősen megnőtt; megelőzően kétharmaduk csupán heti egy-két alkalommal, az intervenció eljárás bevezetését követően azonban már 84%-uk naponta találkozott AMI diagnózisú beteggel; az ellátási terület jelentős növekedése tehát érezhető beteg-, esetiátszám emelkedést eredményezett. Az ápolók zöme (94%)

tapasztalta azt, hogy a betegek általános állapota a PCI- t követően javul hamarabb; ugyanakkor a betegek önálló képességének visszanyerésében nem tapasztaltak különbséget a kétféle reperfúziós kezelés során. Az ápolók egyöntetű véleménye az volt, hogy a percutan coronaria intervención átesett betegekkel több ápolási feladat, teendő van. Arra a kérdésre, hogy melyik eljárást választanák, ha akut myocardialis infarctus diagnosztizálnának náluk, egybehangzóan a feleletadóik mindegyike a katéteres eljárás mellett döntene. Választásukat a rövidebb beavat-

3. ábra: Kórházi ápolási napok számának megoszlása a reperfúziós kezeléseknél (n=226)



kozási idővel, a kevesebb szövődménnyel és a biztosabb eredménnyel indokolták.

Az adatgyűjtési időszak utolsó 6 hónapjában az AMI diagnózisával kezelt betegek (n=98) 94%-a percutan coronaria intervención esett át, mindössze 6%-a thrombolysisen. A PCI-t követően az egy órán belüli panaszmentesség a jellemző (MT-Strept: {0; 0}, MT-PCI: {0,81; 0,95}), míg thrombolysist követően szignifikánsan gyakoribb a mellkasi fájdalom 3 órán túli megléte (MT-Strept: {0,54; 1,13}, MT-PCI: {0,015; 0,112}).

A kezelést követő ágynyugalom időtartama: thrombolysis esetén a leggyakoribb a 13 és 18 óra közötti intervallum (83%), de a többi beteg is 24 órán belül felkelhetett. A katéterezették zöme (74%) 19 és 24 óra közötti időtartamban volt kénytelen feküdni, és 11%-uk 24 óránál hosszabb ideig nem kelhetett fel. A válaszadók 98%-a számára kényelmetlen volt az ágynyugalom, de tudták, hogy ez gyógyulásukat szolgálta, ezért elfogadták; mindössze 2% tartotta elviselhetetlennek a fekvéssel töltött időt.

IV. Következtetések

Az acut ischaemiás szindróma terápiája az elmúlt évek során jelentős mértékben megváltozott, amelyet a nagy létszámú betegcsoportokon végzett multicentrikus tanulmányok vizsgáltak. A betegség gyógyításában a lehető legrövidebb időn belül meg kell nyitni az elzáródott koszorúeret és helyreállítani benne az áramlást; ennek leghatékonyabb eszköze a szívkatéteres vizsgálat alapján meghatározott optimális terápia. A tünetek jelentkezésétől számítva 2-6 órán belül a betegnek a komplex ellátást biztosító intézetbe kell kerülnie. Ennek érdekében célszerű kidolgozni a regionális ellátási struktúrát, mely képes arra, hogy összehangolja az alapellátásban dolgozó, valamint katéteres laboratóriummal rendelkező centrumok munkáját azért, hogy egységes elvek alapján megvalósítható legyen a gyors és idővesztés nélküli betegellátás, és ez által minden beteg esélyt kapjon a gyógyulásra (Papp, Cziráki, Horváth, 2003).

Már az USA-ban létezik egy ún. PATCAR (Pre-Hospital Administration of Thrombolytic Therapy with Urgent Culprit Artery Revascularization) stratégia, melynek lényege,

hogy már a kórházba érkezés előtt megkezdődik a páciensnél az infarktust okozó vérrög feloldása, és a beérkezés után azonnal szívkatéterezés történik, jelentősen növelve a túlélés esélyeit. Az első lépés „riadóztatni” a kórházat a páciens állapotáról; így a sürgősségi osztályon mindenki felkészül arra, hogy az érkező páciens ellátása. A mentőben EKG készül, amit elküldenek a kórházban lévő orvosoknak, így ők már a beteg megérkezése előtt megállapíthatják a diagnózist. A rendszer lényege tehát a csapatmunka. Remélhetőleg egyszer majd kötelező lesz a PATCAR rendszer minden olyan kórházban, ahol katéteres labor is van. (University of Texas Health Science Center at Houston, 2009)

Saját és számos nemzetközi vizsgálat eredménye bizonyította a PCI előnyét a thrombolysissal szemben. Több szövődmény szignifikánsan ritkábban fordul elő, és a mellkasi fájdalom lényegesen hamarabb megszűnik a percutan coronaria intervenció után, mint a thrombolysist követően. Az egyedüli hátránya, hogy a betegek hosszabb időt kénytelenek fekvéssel tölteni. Ez megterheli a pácienseket és az őket ellátó személyzetet is. Az ápolói munka mennyisége így nőtt az intervenció eljárásnak köszönhetően. Ennek fő oka, hogy a betegek a beavatkozás után hosszú ideig szorulnak teljes ellátásra. Véleményünk szerint a korszerű érzáró rendszerek rutinszerű alkalmazása primer PCI-t követően megoldaná ezt a problémát. Ha PCI radialis artérián keresztül történik, a vérzéses szövődmény is kevesebb és az ágynyugalom hossza is rövidebb, mint femoralis artérián át történő PCI és thrombolysis után.

A növekvő betegszám és az új technika megjelenése elengedhetlenné teszi az ellátó személyzet számára, hogy elméleti tudásukat folyamatosan gyarapítsák, valamint a gördülékeny ellátást eredményező team munka feltételeként, manualitásukat kellő fokra fejlesszék.

Az ápoló feladata az általános ápolói teendők mellett a szövődmények korai felismerése és azonnali, hatásos kezelése, az orvos megérkezéséig az életveszélyt jelentő arhythmia haladéktalan megszüntetése, és szükség esetén a cardiopulmonalis resuscitatio azonnali megkezdése. A coronaria-örzöben szolgálatot teljesítő szakszemélyzet szerepe ezért

túlnó hagyományos feladatkörökön; részben átfedi, részben szorosan kiegészíti az orvosi feladatokat. Mindehhez magas szintű szaktudás, az electrocardiographiai diagnosztikában

való biztos jártasság, a készülékek kezelésének készség szintű ismerete, gyors felismerési és döntési képesség, gyakorlat, s nem utolsósorban a beteg iránti empátia szükséges.

Irodalomjegyzék

1. Boersma, E. The Primary Coronary Angioplasty vs. Thrombolysis Group. (2006): Does time matter? A pooled analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction patients. *European Heart Journal* 2006;27:779—788.
2. Czuriga, I. et al. (2007): ST-elevációval járó akut myocardialis infarktus, in: *Kardiológiai Útmutató*, Medition Kiadó, Budakeszi, pp. 95-114.
3. Gyenes, G. (2001): *A coronaria angiographia és angioplastica kézikönyve*. Melania Kiadó, Budapest pp. 28-59.
4. Halmai, L. (2005): STEMI- korai lysis-tenecteplase. *Kardiológus*, 4,3, 69-76
5. Hod, H. et al. (2006): Trends in management, morbidity and mortality of patients with acute myocardial infarction hospitalized in the last decade. *Haerfuah*, 145 (5): 326- 31, 400.
6. Kerkovits, G. (2006): A heveny szívizom infarktus kezelése, különös tekintettel a prehospitalis fázisra. *Az idő: megmentett szívizom*. <http://www.csf.hu/>, Letöltés ideje: 2006. november 25.
7. Merkely, B. (2005): Az ST elevációs infarktus diagnosztikája és kezelése. *Családorvosi Fórum*, 1. 18- 23.
8. Mohácsi, A., Édes, I., Czuriga, I. (2004): ST- elevációval járó (szövődménymentes) myocardialis infarctus kezelése. *Orvosi Hetilap*, 145. 6.
9. Stenestrand, U., Lindback, J., Wallentin, L. (2006): RIKS- HIA Registry: Long- term outcome of primary percutaneous coronary intervention vs prehospital and in-hospital thrombolysis for patients with ST- elevation myocardial infarction. *JAMA*, 296 (14): 1749- 56.
10. Zámolyi, K. (2003): Az akut infarktusban végzett Budapesti PTCA programról. *LAM*, 2003, 13 (1)
11. Papp, L., Cziráki, A., Horváth, I. (2003): Akut ischaemiás szindróma komplex kezelése. *Orvosi Hetilap*, 2003, 144 (18)

Comparison of the treatment of acute myocardial infarction from the perspective of patients and nurses

Cserháti, E., Sayour, A., Lantos, Zs.

Aim of the study: To describe the age groups most at risk of heart attack, to define the frequency of early complications arising in the case of the two reperfusion procedures, and the observed differences between them, and to canvass the opinions of nurses regarding the two types of intervention.

Sample and method: In the course of their retrospective survey the authors used descriptive and mathematical statistical techniques to analyse the nursing and medical documentation pertaining to patients admitted to the PAMOK Cardiology Department of Győr Hospital with a diagnosis of AMI (n=556), the answers given by a lower proportion of the sample to questionnaires, and the answers to self-completion questionnaires distributed among the nurses caring for the same patients.

Results: Male members of the population in the over-61 age group are not significantly more at-risk from AMI than the other groups participating in the survey. Numerous complications occurred less frequently, and chest pain ceased significantly earlier, following percutaneous coronary intervention (PCI) than in the case of thrombolysis.

Conclusions: The superiority of PCI over thrombolysis is proven. The drawback of this treatment is that patients have to spend more time resting in bed, which requires more nursing care, and thus leads to an increase in the nurses' workload.

Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében

Németh Anikó

főiskolai tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Irinyi Tamás

egyetemi okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika

Összefoglaló

A vizsgálat célja: felmérni Csongrád megyében az egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartását, orvoshoz fordulási- és gyógyszereszedési, valamint rekreációs szokásait.

Vizsgálati módszerek és minta: keresztmetszeti vizsgálat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel, melyet a MESZK Csongrád megyében regisztrált tagjai kaptak kézhez.

Eredmények: egészségi állapotra vonatkozó panasz esetén mindössze a szakdolgozók 32%-a keresi fel orvosát. Az életkor előrehaladtával az orvoshoz fordulási hajlandóság nő. A várttal ellentétben a túlzott gyógyszerfogyasztás nem jellemző a szakdolgozókra.

A fekvőbeteg ellátásban dolgozók 9,9%-a napi egy doboz cigarettánál többet szív el, a három műszakos munkarendben dolgozók 41%-a dohányzik. A fekvőbeteg ellátásban dolgozók 59,2%-a fogyaszt alkoholt.

A válaszadók 79,6%-a úgy gondolja, hogy havonta az igényeinek legfeljebb 50%-át tudja szabadidős tevékenységgel tölteni.

Következtetés: az egészségügyi dolgozóknak hivatásuk gyakorlása során példát kellene mutatni a társadalom számára, mind az orvoshoz fordulási gyakoriság, mind pedig a káros szenvedélyektől mentes életvitel tekintetében, hogy hiteles személyként támogassák a magyar lakosság egészségkultúrájának javulását. Ez az elvárás nem teljesül. A szerzők szerint a példamutatás maradéktalanul csak elégedett és egészséges szakdolgozóktól várható el.

A probléma ismertetése

Köztudott, hogy az egészségügy igen súlyos anyagi, infrastrukturális, eszköz-ellátottságbeli és humánerőforrásbeli problémákkal küszködik. Előfordul, hogy a létszámihiány következtében a dolgozók havi beosztásának elkészítése is nehézségekbe ütközik (néha szinte megoldhatatlan feladat, hogy a fekvőbeteg intézetekben legalább egy szakképzett ápoló legyen műszakonként egy ápolási egységben). A megbetegedett szakdolgozó kieső munkájának pótlása esetenként a lehetetlenség határát súrolja. A kollegialitás és/vagy a táppénz szűkös volta miatt a szakdolgozó sokszor úgy dönt, hogy betegen is dolgozik, nem fordul orvoshoz. Emellett a

folyamatos túlórák miatt a pihenésre, rekreációra fordítható ideje kevés, a környezeti feltételek pedig általában nem megfelelőek.

Elméleti háttér

Pályájuk során az egészségügyi szakdolgozók modellként jelennek meg az ellátott betegek számára. (Armstrong, 1995) Jóllehet alapos ismeretekkel rendelkeznek a betegségekről, azok kialakulásáról, a kockázati tényezőkről, de egészség-magatartásuk ezt nem mindig tükrözi. Egy korábbi felmérésből kiderült, hogy minél régebb óta dolgozik az egészségügyben valaki, panasz esetén annál ritkábban fordul orvoshoz, inkább az évek során kiala-

kult, intézményen belüli ismeretségeket veszi igénybe. Ha a kezelőorvos táppénzt javasolt, azt 75%-uk nem vette igénybe. (Pásztor, 2006)

Egy másik hazai felmérés szerint a megkérdezett ápolók 41,4%-a dohányzik, és 77%-a alkalmoszerűen fogyaszt alkoholt! (Molnár, 2001) Egy Spanyolországban végzett vizsgálat eredményei alapján a megkérdezett ápolók 43%-a dohányzott (Ruiz et al, 2003), egy dán felmérés szerint az ápolók 46%-a volt dohányos. (Madsen et al, 1991) Egy 2005-ös kanadai elemzés eredményei rámutattak arra, hogy az egészségügyi szakdolgozók 60%-a hiányzott táppénz miatt a munkából, egy év alatt átlag 14,5 napot. (National Survey of the Work and Health of Nurses, 2005)

A vizsgálat célja

Felmérésünk célja az volt, hogy képet kapjunk az egészségügyi szakdolgozók szomatikus és pszichés állapotáról, az orvoshoz fordulási és gyógyszereszedési szokásaikról, valamint káros szenvedélyeikről. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy ezek az elemek összefüggenek-e az életkorral, a munkaterülettel, a munkarenddel, az iskolai végzettséggel, valamint az egészségügyben eltöltött évekkel. Feltételeztük, hogy minél régebben dolgozik valaki az egészségügyben, annál ritkábban keresi fel orvosát panasz esetén. Arra is választ szeretnénk volna kapni, hogy a kollégák havonta mennyi időt töltenek szabadidős tevékenységgel, illetve véleményük szerint mennyi lenne számukra az ideális.

Vizsgálati módszerek és minta

Vizsgálatunkat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely 16 zárt kérdést, 2

nyílt kérdést és 5 skálát tartalmazott. A kérdőíveket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyében regisztrált tagjai (2760 fő) kapták kézhez. A kérdőívek szabadon fénymásolhatóak voltak, így azokat a nem kamarai tagok is kitölthették. A kérdőívek összegyűjtését kamarai tisztségviselők, főnövérek végezték a saját munkahelyükön, de postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt, 2008. szeptembertől december hónapig 999 darab érkezett vissza, melyből 980 volt értékelhető. Az egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseket sajnos 33 válaszadó nem töltötte ki, ők a statisztikai próbák során kizárásra kerültek, így 947 válaszoló eredményeit vettük figyelembe. A Dél-Alföldi régióban az összes egészségügyi szakdolgozó 15%-a dolgozik alapellátásban, 21%-a járóbeteg ellátásban, 64%-a pedig fekvőbeteg ellátásban. A 980 értékelhető kérdőív 16%-át alapellátásban, 22%-át járóbeteg ellátásban, 62%-át fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák töltötték ki, így mintánk reprezentatívnak tekinthető. Meglepő módon a kamarai újság mellékletében lévő kérdőívek közül (2760) mindössze 59 darabot juttattak vissza a kollégák. Az adatok feldolgozását SPSS 16.0 statisztikai programmal végeztük.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A 980 értékelhető kérdőívet 918 nő és 62 férfi kolléga töltötte ki. A válaszadók átlag-életkora 39,5 év, az egészségügyben eltöltött évek átlaga 18,1 év volt. Iskolai végzettség tekintetében 147 fő végzett szakiskolát, 565 fő szakközépiskolát, 237 fő főiskolát és 31 fő egyetemet. A válaszadók munkaterület és munkarend szerinti megoszlását az **I. táblázat** mutatja be.

I. táblázat: A válaszadók munkaterület és munkarend szerinti megoszlása (n=980)

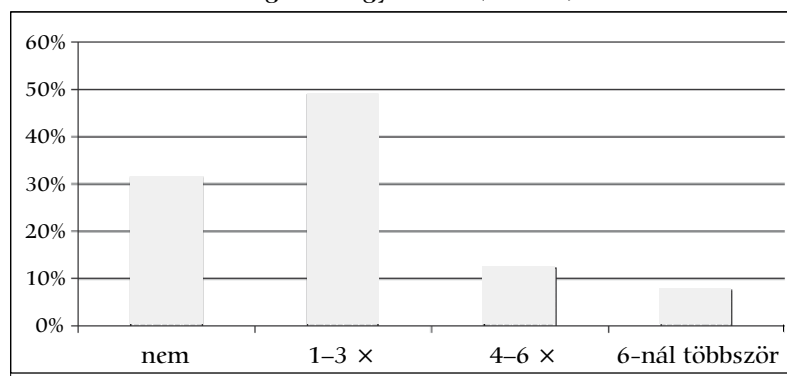
		Munkarend					
		állandó délelőtt	három műszak	állandó éjszaka	ügyelet	délelőtt és délután	összes
Munkaterület	alapellátás	143	0	0	5	3	151
	járóbeteg-ellátás	182	0	0	5	9	196
	fekvőbeteg-ellátás	128	403	13	18	1	563
	egyéb	26	40	1	2	1	70
	összes	479	443	14	30	14	980

Látható, hogy a válaszadók többsége (563 fő) fekvőbeteg ellátásban dolgozik, 479 fő állandó délelőtt, 443 fő három műszakos munkarendben. Az „egyéb” kategóriába a vérellátásban, házi ápolásban, mentésügyben, sterilizálóban, kutatásban és a szociális területen dolgozókat soroltuk. Az alapellátásban dolgozók átlag életkora 43,3 év, a járóbeteg ellátásban dolgozóké, 40,0 év, a fekvőbeteg ellátásban dolgozóké 38,1 év, az egyéb területen dolgozók átlag életkora pedig 40,7 év.

Orvoshoz fordulási szokások

Felmérésünkben kíváncsiak voltunk, hogy a kérdőív kitöltését megelőző egy évben a kollégák hányszor fordultak orvoshoz betegség, vagy panasz esetén. A válaszadók 31,5%-a egyáltalán nem volt orvosnál, 48,9%-a viszont 1-3 alkalommal kereste fel orvosát. (1. ábra)

1. ábra: Orvoshoz fordulások száma a kérdőív kitöltését megelőző egy évben (n=947)



Megkértük a résztvevőket, hogy írják le: betegség vagy panasz esetén milyen arányban keresik fel orvosukat? (0%=soha nem fordul orvoshoz panasz esetén, 100%=mindig elmegy orvoshoz, ha betegség tüneteit észleli magán) A válaszadók mindössze 32%-os orvoshoz fordulási hajlandóságot mutattak betegség vagy panasz esetén, és 16,8% jelezte, hogy soha nem fordul orvoshoz.

Khi-néyzet próbát végezve nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az iskolai végzett-

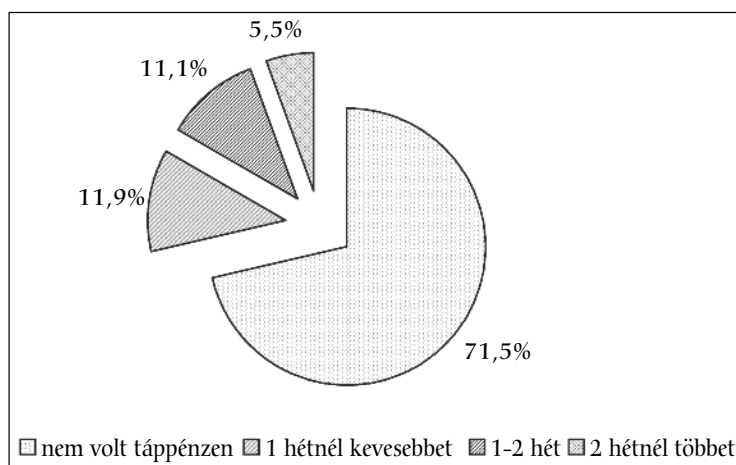
ség és az orvoshoz fordulás gyakorisága ($p=0,624$), illetve az ellátási terület és az orvoshoz fordulás gyakorisága ($p=0,192$) között. Az egészségügyben eltöltött évek száma ($p=0,447$), és a munkarend ($p=0,463$) sem befolyásolja az orvoshoz fordulási gyakoriságot. Szignifikáns kapcsolat mutatkozott viszont az életkor és az orvoshoz fordulási hajlandóság között ($p=0,044$), vagyis minél idősebb az egészségügyi dolgozó, annál sűrűbben keresi fel orvosát panasz esetén.

Ezek után arra is kíváncsiak voltunk, hogy a válaszadók a kérdőív kitöltését megelőző egy évben mennyit voltak táppénzen? A felmérést megelőző egy évben a válaszadók 71,5%-a nem volt táppénzen, és mindössze 5,5% volt távol a munkától több mint két hetet betegség miatt. (2. ábra)

Gyógyszerszedési szokások

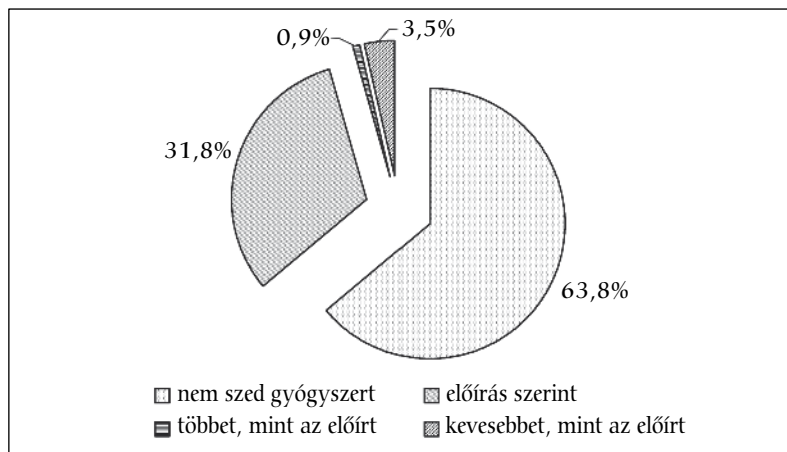
Felmérésünkben fontosnak tartottuk kitérni a gyógyszereszedési szokásokra is. Megkérdeztük a kollégákat, hogy kell-e rendszeresen gyógyszert szedniük valamilyen betegség miatt. A válaszadók 63,8%-a nem szed rendszeresen gyógyszert, 31,8%-a előírás szerint szedi azokat (annyit, amennyit a kezelőorvosa elrendelt), 0,9% többet vesz be, mint a kezelőorvosa által

2. ábra: Táppénz igénybevétele a kérdőív kitöltését megelőző egy évben (n=947)



előírt mennyiség. 3,5% jelezte, hogy a kezelőorvos által javasolt mennyiségnél kevesebbet alkalmaz. (3. ábra)

3. ábra: A válaszadók gyógyszereszedési szokásai (n=947)



Korreláció számítással az alábbi összefüggéseket találtuk: szignifikáns kapcsolat van a rendszeres gyógyszereszedés, az életkor, és az egészségügyben eltöltött évek száma között. ($p < 0,000$) Ennek az lehet a magyarázata, hogy a kor előrehaladtával mind valószínűbb valamilyen krónikus betegség(ek) kialakulása, és emiatt szükségessé válik ezek gyógyszeres kezelése. (Németh, Irinyi, 2009)

Nem találtunk összefüggést a gyógyszereszedési szokások és az iskolai végzettség ($p = 0,161$); a gyógyszereszedési szokások és a munkarend ($p = 0,832$); valamint a gyógyszereszedési szokások és a munkaterület ($p = 0,408$) között.

Káros szenvedélyek

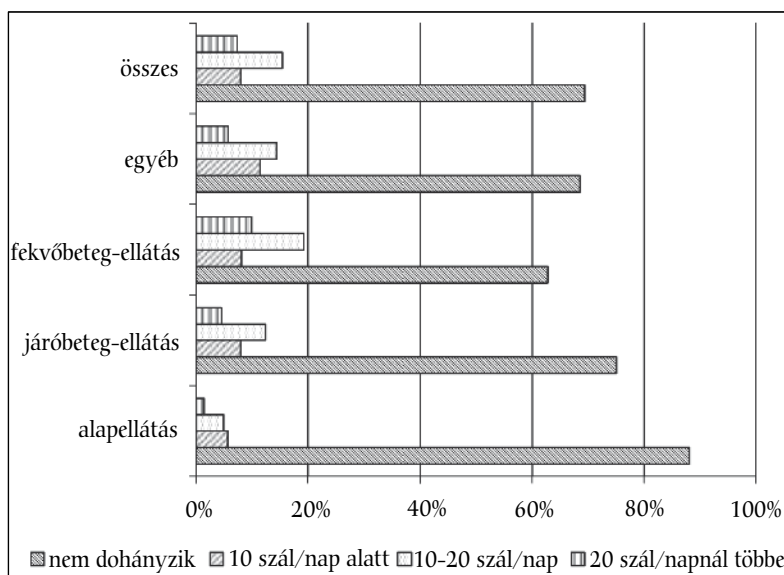
Véleményünk szerint a szakdolgozók a megfeszített munkatempó és a gyakori stresszhelyzetek hatásait káros szenvedélyekkel próbálják csökkenteni.

Dohányzás

Azt vizsgálat nélkül is tudjuk, hogy a dohányzás igen elterjedt körökben. A válaszadók 30,6%-a dohányzik, a válaszadó nők 30,1%-a dohányos. Egy felmérés szerint a magyar nők 26%-a dohányzik. (46/2003. (IV. 16.) OGY határozat) A 4. ábrán látható, hogy a fekvőbeteg ellátásban dolgozók többet dohányoznak. Közülük majdnem minden tizedik több, mint egy doboz cigarettát szív el naponta.

Khi-négyzet próbával elemezve az életkor és a dohányzás előfordulása,

4. ábra: Dohányzás gyakorisága a válaszadók körében, % (n=947)



valamint az egészségügyben eltöltött évek száma és a dohányzás előfordulása közötti kapcsolatot, nem találtunk szignifikáns összefüggést (az életkor esetében $p = 0,889$, az egészségügyben eltöltött évek esetében $p = 0,700$).

Az iskolai végzettség és a dohányzás előfordulása közötti kapcsolat szignifikáns összefüggést mutatott ($p < 0,000$). A szakiskolát végzettek 49,7%-a, a szakközép iskolát végzettek 31,5%-a, a főiskolát végzettek 20,2%-

a, míg az egyetemet végzetteknek csupán 6,5%-a dohányzik. Tehát minél magasabb az iskolai végzettség, annál kevésbé dohányoznak a kollégák. A munkaterület és a dohányzás előfordulása között is szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p < 0,000$). A fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák között volt a legmagasabb a dohányzók aránya, 37,2%, míg az alapellátásban dolgozók közül dohányoztak a legkevesebben (11,8%). A munkarend és a dohányzás előfordulása között szintén szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p < 0,000$). Az állandó délelőtti dolgozó kollégák 21,8%-a, a három műszakos munkarendben dolgozók 41%-a, az állandó éjszakai műszakban dolgozók 28,6%-a, az ügyeletet ellátók 20%-a, a délelőtti és délutáni váltott műszakban dolgozó kollégák 14,3%-a vallotta magát dohányosnak.

Alkoholfogyasztás

A válaszadók 43,5%-a saját bevallása szerint nem fogyaszt alkoholt. Az alkalomszerű alkoholfogyasztók aránya 34,5%. A munkaterület és az alkoholfogyasztási szokások között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot ($p = 0,089$), de a fekvőbeteg ellátásban dolgozók magasabb arányban (59,2%) fogyasztanak alkoholt. (5. ábra)

Egyéb káros szenvedélyek

A kávéfogyasztási szokásokra külön nem kérdeztünk rá, helyette az „egyéb káros

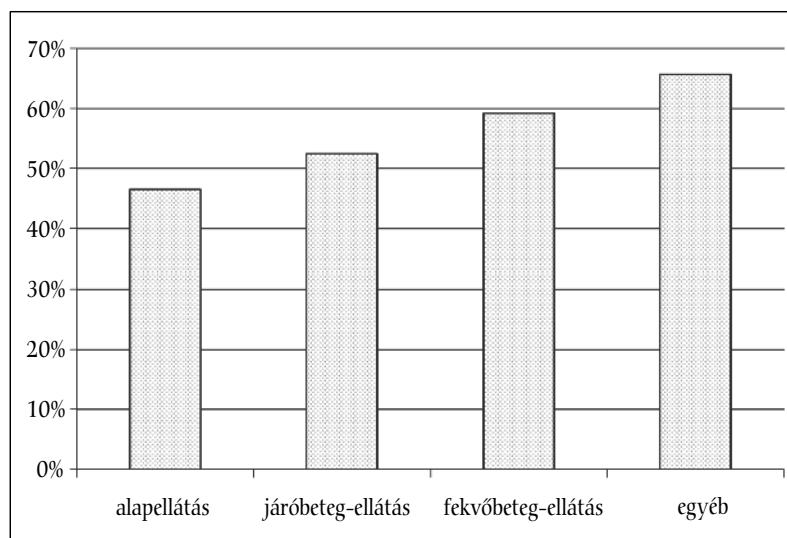
szenvedélyek” megnevezést alkalmaztuk. A válaszadók mindössze 9,7%-a jelezte, hogy van egyéb káros szenvedélye. Ebből a kávéfogyasztók 8%-ot tettek ki. Ez az adat azt mutatja, hogy a kollégák döntő többsége nem tartja káros szenvedélynek a kávéfogyasztást.

Havi munkaidő és rekreációra fordított idő közötti összefüggések

Megkérdeztük a kollégákat, hogy mellékállással együtt (amennyiben van) havonta hány órát dolgoznak, illetve mennyi időt tudnak szabadidős tevékenységre fordítani egy hónap alatt, és mennyi lenne számukra az ideális szabadidő (az az időmennyiség, amit szabadidős tevékenységre kívánnának fordítani egy hónapban). Az eredmények értékelésénél kizártuk azokat a válaszadókat (34 fő), akik 160 óra/hó-nál kevesebb munkaidőt jelöltek meg. (Ezen személyek valószínűleg részállásban dolgoznak valamelyik egészségügyi ellátó intézményben). Átlagnak a teljes munkaidőt, a havi 174 munkaórát vettünk. T-tesztel megvizsgáltuk, hogy a válaszadók által megjelölt, havi munkára fordított idő hogyan tér el ettől az átlagtól.

Azt találtuk, hogy a válaszadók átlag 184 órát dolgoznak havonta, a három műszakos munkarendben dolgozók pedig havi átlagban 186 órát, amely 7%-kal több,

5. ábra: Az alkoholfogyasztás aránya az egyes munkaterületek szerint, % (n=947)



mint a kötelező havi óraszám. Ez az átlagos eltérés nem mutatja a túlórák mértékét, ám a válaszadók között volt 237 fő, aki havi 200, vagy ennél több ledolgozott órát jelölt meg. A varianciaelemzésből kapott ANOVA-táblázat (amely az egyes változók szignifikáns voltát vizsgálja) alapján szintén elmondható, hogy az alap- és járóbeteg ellátásban dolgozók havi átlag munkaidejétől szignifikánsan eltér a fekvőbeteg ellátásban dolgozók havi átlag munkaideje ($p < 0,000$).

A variancia elemzés arra is rámutatott, hogy a rekreációs tevékenységre fordított havi időtartam tekintetében nincs szignifikáns különbség az egyes ellátási területen dolgozók között ($p < 0,06$). Az ideálisnak tartott rekreációs idő tekintetében azonban jelentős eltérés mutatkozott a járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozók között ($p < 0,000$), vagyis a fekvőbeteg ellátásban dolgozók szignifikánsan több időt szeretnének szabadidős tevékenységgel eltölteni, mint a járóbeteg ellátásban dolgozók.

T-tesztel megvizsgáltuk, hogy az egyes ellátási területeken a rekreációra fordított idő mennyisége összefügg-e az ideálisnak tartott szabadidő mennyiségével. Mind a négy ellátási területen pozitív irányú szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p < 0,000$), vagyis minél több időt fordít valaki szabadidős tevékenységre egy hónapban, annál magasabb az igénye erre. Mindegyik ellátási területre igaz az, hogy az ideálisnak ítélt rekreációs időnek csak kb. 50%-át tudják e tevékenységre fordítani.

Következtetések, javaslatok

Felmérésünkben megállapítható, hogy az egészségügyi szakdolgozók csupán panaszaik 1/3-ad részében fordulnak orvoshoz. A válaszadók 31,5%-a egyáltalán nem volt orvosnál a kérdőív kitöltését megelőző egy évben, 71,5% pedig nem volt táppénzen ezen idő alatt. Megemlítendő, hogy egy kanadai felmérés szerint egy év alatt az ápolók 60%-a hiányzott betegség miatt a munkából (átlag 14,5 napot). (*National Survey of the Work and Health of Nurses, 2005*) (Természetesen a két populációt az eltérő élet-, és

munkakörülmények miatt nem lehet összehasonlítani.)

Általánosnak tekinthető sajnálatos gyakorlat hazánkban az, hogy ha valaki megbetegszik és betegségét nem tudja „lábon kihordani”, akkor nem táppénzre megy, hanem pár nap szabadságot vesz ki. Ezen idő alatt próbálja magát kikúrálni, de ezzel a rekreációra szánt rendelkezésére álló időből vesz el.

Bár a válaszadók többsége (69,4%-a) nem vallotta magát dohányosnak, sajnos a betegség mellett dolgozók 37,2%-a hódol ennek a káros szenvedélynek. A munkaterület és az alkoholfogyasztás között nincs ugyan szignifikáns kapcsolat, de a fekvőbeteg ellátásban dolgozók 59,2%-a fogyaszt valamilyen mértékben alkoholt.

A felmérés nem igazolta, hogy a szükségesnél több gyógyszert fogyasztanak kollégáink. A válaszadók 31,8%-a pontosan a kezelőorvos által előírt gyógyszer mennyiséget veszi be. Csak elenyésző azoknak az aránya, akik több gyógyszert vesznek be, mint az elrendelt mennyiség (0,9%). Nem meglepő az az eredmény, hogy az életkor, az egészségügyben eltöltött évek száma, és a rendszeres gyógyszeresedés között szignifikáns kapcsolat mutatkozott, hiszen az életkor növekedésével nő a krónikus betegségek előfordulása (*Németh, Irinyi, 2009*), és ezzel együtt a gyógyszeresedés mértéke is.

Bár a válaszadók átlagban 7%-kal dolgoznak többet havonta, mint a kötelező munkaidő, mégis sokan vannak olyanok (237 fő), akik havonta több, mint 200 órát dolgoznak. Általánosságban elmondható, hogy a kollégák 50%-kal kevesebb időt fordítanak szabadidős tevékenységre, mint amennyit szeretnének. Mindegyik ellátási területre igaz, hogy dupla annyi időre lenne szükségük a válaszadóknak, hogy ki tudják magukat pihenni, fel tudjanak tölteni.

A fekvőbeteg ellátásban dolgozók mindennapjaiban nagyobb hangsúlyt kellene kapnia a munkahelyi egészségnevelésnek, hiszen a helyes életvitelt, életmódot mutató egészségügyi szakdolgozók példaként szolgálnak a páciensek számára, mind az orvoshoz fordulás gyakorisága tekintetében, mind pedig a káros szenvedélyektől mentes életmódban.

Hogyan várható el egy betegőt, hogy hagyjon fel a káros szenvedélyekkel, tartsa be az orvos utasításait, ha mi magunk sem cselekszünk így? Továbbá lényeges, hogy minden kolléga hasznosan tudja eltölteni a

szabadidejét, tudjon elég időt szánni a rekreációs tevékenységekre is, hiszen csak pihent, munkájára összpontosítani tudó szakdolgozótól várható el a legmagasabb szintű betegellátás.

Irodalomjegyzék

1. Armstrong, D.: Az orvosi szociológia alapjai. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1995.
2. Ruiz, F. et al. (2003): Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 5-10.
3. Madsen, M. et al. (1991): Smoking habits among Danish physicians, nurses and midwives in 1989. *Tandlaegebladet*, 95(3), 89-95.
4. Molnár, E. (2002): Ápolók egészségi állapota. *Nővér*, 15 (4).
5. Németh, A., Irinyi, T. (2009): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében- egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3).
6. A Summary of Highlights from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses (2005) Canada
7. Pásztor, K. (2006): Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai. *Nővér*, 19 (3).
8. www.oefi.hu/nepeuprg.pdf+johan+b:46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

Health conduct of health workers in Csongrád county, Hungary

Németh, A., Irinyi, T.

Aim of the study: To assess the health conduct of health workers in Csongrád county, as well as their habits with regard to visiting the doctor, medication and recreation.

Methodology and sample: Cross-section survey with a proprietary, self-completion questionnaire, distributed to the registered members of MESZK in Csongrád county, Hungary.

Results: In the event of health complaints on 32% of the health workers visit their doctor. As they progress in age the willingness to seek medical advice grows. In contrast to the expected result, excessive consumption of medication is not typical of the health workers.

Some 9.9% of in-patient workers smoke more than a pack of cigarettes per day, while 41% of those working in a three-shift system smoke. 52% of in-patient workers consume alcohol.

79.6% of the respondents said that every month they only have 50% of the recreation time they need.

Conclusions: In the course of practising their profession health workers should set an example for society, both in terms of the frequency of visits to the doctor and a lifestyle that is free of harmful addictions, so as to credibly contribute to an improvement in the health culture of the Hungarian population. This expectation is not being fulfilled. The authors believe that exemplary conduct can only be expected from satisfied and healthy nursing staff.

FELHÍVÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete

2009. szeptember 4–szeptember 19.
között rendezi meg a

Kis- és középvállalkozás ösztönzése

című 40 órás szakmai továbbképzését

A továbbképzés helyszíne:

PTE Egészségtudományi Kar Kaposvári Képzési Központ
7400. Kaposvár, Szent Imre u. 14/b.

Képzési időpontok: 2009. szeptember 4. péntek; szeptember 5. szombat;
szeptember 11. péntek; szeptember 12. szombat; szeptember 19. szombat

Vizsga: elektronikus teszt formájában, melyre a továbbképzést követő 2 héten belül kerül sor.

A továbbképzés célja: a vállalkozói aktivitás fokozása az egészségügyi ágazatban, különös tekintettel arra, hogy eddig ez az ágazatban szakdolgozók vonatkozásában gyakorlatilag elenyésző a kis- és középvállalkozások száma. Az eddig semmilyen vállalkozási tapasztalattal és bizalommal nem rendelkező tagjainkkal kívánjuk megismertetni a vállalkozási forma mibenlétét, lehetőségeit, előnyeit. Ezzel biztosítani kívánjuk számukra, hogy egzisztenciális lehetőséget lássanak a jövőben a vállalkozási formában.

Tematika: 1: vállalkozásjogi alapismeretek, 2: munkajogi, kártérítési felelősségi ismeretek, 3: gazdasági alapismeretek, 4: marketing, PR és kommunikációs ismeretek, 5: egészségügyi ágazat vállalkozási lehetőségei, szerződéskötési lehetőségek, biztosítási ismeretek.

A képzés vizsgával zárul, amely elektronikus teszt formájában fog történni.

A vizsgáról a résztvevők kiértékelést követően igazolást kapnak.

**A továbbképzést az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság
40 pontra értékelte.**

Regisztrációs díj: térítésmentes. A rendezvényt kizárólag érvényes kamarai tagsággal rendelkezők számára hirdetjük meg!

A jelentkezések beküldési határideje: 2009. augusztus 26.

Beküldési cím: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
1450. Budapest, Pf.:214.

Jelentkezéseket korlátozott 50 fő létszámban érkezési sorrendben tudjuk elfogadni.

A részletes programot a jelentkezés visszaigazolásakor küldjük!

Jelentkezési lap (letölthető formában) elérhető: www.meszk.hu honlapon.

További információ: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Tel.: 1/323-2070, e-mail: meszk@meszk.hu

FELHÍVÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete

2009. október 2–október 17.
között rendezti meg a

Kis- és középvállalkozás ösztönzése

című 40 órás szakmai továbbképzését

A továbbképzés helyszíne:
DE Egészségügyi Kar
4400. Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

Képzési időpontok: 2009. október 2. péntek; október 3. szombat; október 9. péntek; október 10. szombat; október 17. szombat

Vizsga: elektronikus teszt formájában, melyre a továbbképzést követő 2 héten belül kerül sor.

A továbbképzés célja: a vállalkozói aktivitás fokozása az egészségügyi ágazatban, különös tekintettel arra, hogy eddig ez az ágazatban szakdolgozók vonatkozásában gyakorlatilag elenyésző a kis- és középvállalkozások száma. Az eddig semmilyen vállalkozási tapasztalattal és bizalommal nem rendelkező tagjainkkal kívánjuk megismertetni a vállalkozási forma mibenlétét, lehetőségeit, előnyeit. Ezzel biztosítani kívánjuk számukra, hogy egzisztenciális lehetőséget lássanak a jövőben a vállalkozási formában.

Tematika: 1: vállalkozásjogi alapismeretek, 2: munkajogi, kártérítési felelősségi ismeretek, 3: gazdasági alapismeretek, 4: marketing, PR és kommunikációs ismeretek, 5: egészségügyi ágazat vállalkozási lehetőségei, szerződés-kötési lehetőségek, biztosítási ismeretek.

A képzés vizsgával zárul, amely elektronikus teszt formájában fog történni.

A vizsgáról a résztvevők kiértékelést követően igazolást kapnak.

**A továbbképzést az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság
40 pontra értékelte.**

Regisztrációs díj: térítésmentes. **A rendezvényt kizárólag érvényes kamarai tagsággal rendelkezők számára hirdetjük meg!**

A jelentkezések beküldési határideje: 2009. szeptember 25.

Beküldési cím: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
1450. Budapest, Pf.:214.

**Jelentkezéseket korlátozott 50 fő létszámban érkezési sorrendben tudjuk elfogadni.
A részletes programot a jelentkezés visszaigazoláskor küldjük!**

Jelentkezési lap (letölthető formában) elérhető: www.meszk.hu honlapon.

További információ: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Tel.: 1/323-2070, e-mail: meszk@meszk.hu