

# NŐVÉR

## AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. december, 22. évfolyam 6. szám

## TARTALOMJEGYZÉK

### MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

**Aktív és passzív terápiák alkalmazása, valamint a fájdalomérzet és a testtartás változása közötti összefüggések vizsgálata**

**Chronicus Low Back Pain (cLBP) szindrómás páciensek körében**

*Gál Nikolett, Prof. Dr. Tihanyi József, Horváthné Kívés Zsuzsanna, Dr. Oláh András,*

*Dr. Betlehem József, Marton-Simora József, Németh Katalin, Müller Ágnes, Járomi Melinda* 3

### EREDETI KÖZLEMÉNY

**Az aranyérbetegség, mint ápolási probléma**

*Mengyán Zsuzsa, Raskovicsné Csernus Mariann* 14

**Kábítószeres használata a fővárosi gyermekotthonok lakói között**

*Nagy Andrea* 22

### GRATULÁLUNK!

30

### EREDETI KÖZLEMÉNY

**Példa(kép) - avagy az ápolók egészségmagatartása**

*Tóth Zsuzsanna* 31

**Az ápolók motivációja intézményünkben**

*Bálint Anita* 37

### 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. 6. December 2009

## CONTENTS

## COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

A study of active and passive therapies, and the correlations between pain sensation and changes in physical posture among patients with Chronic Low Back Pain (CLBP) syndrome.

*Gál N., Tihanyi J., Kívész Zs., Oláh A., Betlehem J., Marton-Simora J., Németh K., Müller Á., Járomi M.*

3

## ORIGINAL CONTRIBUTION

Haemorrhoids as a nursing problem

*Mengyán, Zs., Raskovicsné Csernus, M.*

14

Narcotics abuse in children's homes in Budapest

*Nagy, A.*

22

## CONGRATULATIONS

30

## ORIGINAL CONTRIBUTION

Setting an example – the health conduct of nurses

*Tóth, Zs.*

31

The motivation of nurses in our institution

*Bálint, A.*

37

## 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



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

# Aktív és passzív terápiák alkalmazása, valamint a fájdalomérzet és a testtartás változása közötti összefüggések vizsgálata Chronicus Low Back Pain (cLBP) szindrómás páciensek körében

**Gál Nikolett**

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Élettudományi Tanszék

**Prof. Dr. Tihanyi József**

egyetemi tanár, SE Testnevelési és Sporttudományi Kar, Biomechanika Tanszék

**Horváthné Kívés Zsuzsanna**

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar, Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszék

**Dr. Oláh András**

egyetemi docens, PTE Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi Tanszék

**Dr. Betlehem József**

egyetemi docens, PTE Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási Tanszék

**Marton-Simora József**

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási Tanszék

**Németh Katalin**

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi Tanszék

**Müller Ágnes**

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet

**Járomi Melinda**

adjunktus, PTE Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás Tanszék

## Összefoglaló

**Cél:** egyrészt annak vizsgálata, hogy a cLBP szindrómás páciensek esetében az alkalmazott terápiák során hogyan változik a testtartás és a fájdalomérzet, másrészt annak feltárása, hogy az utóbbiak változása és az alkalmazott terápiák között van-e összefüggés.

**Vizsgálati anyag és módszer:** a szerzők vizsgálatukat 2008-ban, Pécsen végezték, melybe nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával 40 cLBP-s pácienset vontak be. Az aktív (vizsgálati csoport-20 fő) vagy passzív (kontroll csoport-20 fő) terápiában részesülők adatainak felméréséhez Zebris Winspine rendszert, és VAS-t alkalmaztak. Vizsgálatukban egymintás-, kétmintás T-próbát, lineáris regressziót és korrelációt alkalmaztak.

**Eredmények:** mindkét csoport pácienseinek fájdalomértékei szignifikánsan csökkentek 3 hónap aktív-, illetve passzív terápiát követően ( $p < 0,001$ ). 6 hónap elteltével a kontroll csoport pácienseinek fájdalomértékei szignifikánsan emelkedtek a vizsgálati csoport pácienseiéhez képest ( $p < 0,001$ ).

**Következtetések:** függetlenül attól, hogy milyen terápiát alkalmaznak a páciensek fájdalmának csökkentésére, rövid távon az szignifikáns mértékben javítható. Hosszú távon a fájdalom szignifikáns mértékben történő csökkentésében csak az aktív terápia hatékony. A páciensek így kevesebb időt töltenek betegszabadságon, befolyásolva ezzel gazdasági és társadalmi helyzetüket.

**Kulcsszavak:** cLBP, fájdalomérzet

## 1. Problémafelvetés

A tartáshiba régtől fogva központi problémája a fiatal és a felnőtt korosztálynak is. A hazai és a nemzetközi szakirodalom arról számol be, hogy jelentős mértékben emelkedik a mozgásszervrendszeri megbetegedések száma. 1995-ben a hazai háziorvosi szolgálat által jelentett morbiditási adatok szerint 450 519 fő szenvedett valamely mozgásszervrendszeri betegségben, 2004-ben a Magyar Egészségvédő Liga már 680 000 betegről számolt be. A Magyar Gallup Intézet 2001-es adatai alapján a felnőtt lakosság körében a nők közel kétharmada (63,8%), a férfiak majd fele (49,1%) panaszkodott már nyaki-, háti- vagy deréktáji fájdalomra. Figyelemre méltó adat, hogy a fájdalom az esetek jelentős részében kisugárzott valamely végtagba is, nők esetén 35,2%-ban, férfiak esetén pedig 23,1%-ban. Ausztriában 1970-ben az egészségügyi kiadások 8,8%-át fordították mozgásszervi betegségek kezelésére, 1991-ben viszont 20,1%-át, amelyből 65%-ot a gerincbetegségekre fordított költségek tették ki! A hazai adatok is ehhez hasonlóak. A gerincbetegségek jelentős mértékben érintik az egészségügyi szakdolgozókat is, melyet egy 2008-ban publikált ausztráliai vizsgálat is alátámaszt. Ebben az ápolóhallgatóknak és a legalább már egy éve dolgozó ápolóknak a cLBP szindróma magas kockázati rizikójáról számoltak be, valamint a szindróma magas előfordulási arányáról. Vizsgálták, hogy van-e különbség a harmadéves hallgatók és az ápolók között, és azt tapasztalták, hogy szignifikánsan magasabb a cLBP előfordulása az ápolók körében ( $p < 0,001$ ). Fontos, hogy az orvostudomány mai állása szerint a mozgásszervrendszeri betegségek nem gyógyíthatók meg, csak javíthatók, viszont megelőzhetők! (Blaskó, 1998, Fekete, 2004, Mitchel et al., 2008, Szabóné, é. a., Széles et al., 2001)

## 2. Irodalmi áttekintés

A deréktáji fájdalomosságát, az izom spazmusát, kényszertartását, mozgáskorlátozottságát magába foglaló tünet-együttest

lumbágónak (lumbalgiának) nevezik. Derékfájást számos betegségcsoport okozhat, melyek a következők: az izomzat betegségei, klimakteriális fájdalmak, gyulladásoz jellegű izombántalmak, szalagok megbetegedései, a csigolyák kongenitális megbetegedései, szerzett csigolya elváltozások, idegrendszeri eredetű derékfájások, viscerális megbetegedések, degeneratív megbetegedések, pszichés lumbalgiák, lumbosacralis ízületi tok becsípődése, kisízületek ízfelszínének anatómiai variációi, Baastруп megbetegedés. Londos K. és munkatársai 1997-ben megjelent vizsgálatai alapján elmondható, hogy a derékfájás leggyakoribb oka a gerinc degeneratív megbetegedése, mely közül a legjelentősebb kórkép a discus hernia (HDI). Előfordulási gyakorisága a lumbalis szakaszon jelentősebb, az esetek nagy részében a discusprolapsusok az  $L_5-S_1$  vagy az  $L_4-L_5$  csigolyák között fordulnak elő. (Bender, 1996, Londos et al., 1997)

### 2. 1. A discus hernia kezelési lehetőségei

Azokban az esetekben, amikor a pácienseknek motoros izomérintettségük nincs, vagy az csak csekély mértékű, a konzervatív kezelés választását javasolják, amely alapvetően az ideggyulladás csökkentésére irányul. Kórházi körülmények között a fenti célt szteroidok vagy nemszteroid gyulladáscsökkentők révén igyekeznek elérni. Ezzel párhuzamosan a tüneti fájdalomcsillapításra is figyelmet fordítanak lokális hűtés, általános mozgásszervi fájdalomcsillapítók vagy izomlazítók alkalmazásával. A konzervatív kezelés első napjaiban célszerű ágynyugalmat előírni a pácienseknek, majd három-négy napot követően fokozatosan hozzászoktatni a függőleges testtartásból adódó terheléshez. Optimális esetekben az érintett gerincszakasz mozgásterjedelmét visszaállító rehabilitáció a kezelés harmadik-ötödik napjától kezdhető meg. Chronicus Low Back Pain (cLBP) szindrómával rendelkező páciensek esetében széles körben javasolt az izomerősítő-, nyújtó gyakorlatok alkalmazása (back school program), de emellett más speciális technikákat is lehet alkalmazni pl.: McKenzie terápia. Az előbb

említett két terápia hosszú távú (14 hónap) hatékonyságát összehasonlító vizsgálat a fájdalom és a rokkantság érzésének mértékében nem talált különbséget. Továbbá egy, a back school programot a Pilates Co-vaTech módszerrel összehasonlító vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy az 1, a 3, és a 6 hónapig tartó terápia után szignifikáns csökkenés volt kimutatható a páciensek fájdalom- és rokkantság érzésében. Chronicus LBP szindrómával rendelkező páciensek esetében vizsgálták az általános izomerősítő-, nyújtó, illetve aerobik jellegű gyakorlatok és a gerinc manipulációs terápiájának hatékonyságát, mely során azt tapasztalták, hogy rövid távú kezelés esetén (8 hét) kismértékben hatékonyabbnak bizonyult a manipulációs terápia, de hosszú távon (6 és 12 hónap elteltével) már nem értek el jobb eredményeket. Krónikus deréktáji panaszok rehabilitációjában az aktív mozgásgyakorlatok alkalmazása mellett jelentős szerepe van a gerincbarát életmód megtanításának is. Ezt az edukációs tevékenységet vizsgálva jutottak arra az eredményre, hogy egy a betegoktatást is magába foglaló rehabilitáció végén a páciensek 90%-ánál találtak helyes testtartást, emellett pedig 86%-uk helyesen végezte a gerinc számára legveszélyesebb mozgásformákat.

Azokban az esetekben, amikor a páciensek tünetei a konzervatív kezelés során nem az elvárható módon enyhülnek vagy rosszabbodnak, akkor javasolt a műtéti kezelés, mely beavatkozás célja a fennálló idegi kompresszió megszüntetése, a fájdalmas állapot felszámolása, a természetes restabilizációs folyamatok támogatása, végső esetben blokkcsigolya létrehozása. Az előbb leírtak érdekében a következő eljárásokra kerülhet sor: percutan minimál invazív műtét, mikroműtét, fúziós műtét, esetleg porckorongprotézis alkalmazása.

A percutan minimál invazív műtétek közé olyan eljárások tartoznak, ahol műtéti feltárás nélkül, a bőrt trokárral átszúrva juttatnak be egy munkacsatornát a porckorongba vagy az epiduralis térbe, és azon keresztül végzik el a szükséges beavatkozást. Ezen eljárások nagy előnye, hogy csekély műtéti

megterhelést jelentenek a páciensek számára, jók az érintett gerincszakasz stabilitásának megőrzésében, elkerülik a túlzott lágyrész traumát, kiválóak a klinikai és a kozmetikai eredményeik, a páciensek rehabilitációja szinte azonnal megkezdhető, és 3-4 hét elteltével akár munkájukhoz is visszatérhetnek. Az ilyen típusú beavatkozások a lumbalis gerincszakasz sebészetében is egyre nagyobb jelentőséggel bírnak.

A mikroműtét során egy-két centiméteres bőrmetszésből tárják fel az érintett ideggyököt, majd mikroszkóp segítségével vagy anélkül távolítják el a kompressziót okozó discusfragmentumokat. Mivel a kisméretű feltárás izomsérülést alig okoz, a sebgyógyulást követően a páciens rehabilitációja megkezdhető.

A fúziós műtétek lényege, hogy a megfelelő mértékű dekompresszió elvégzését követően autológ vagy csontbankból nyert idom, idomok vagy darálmány segítségével egy csontos híd képződjék a szegmentumot alkotó két csigolya között. A műtét utáni napon a páciens felkelhető és a gerincizomzat aktivitási programja megkezdhető, a teljes gyógyulás pedig 8-12 hét után várható.

Porckorongprotézis alkalmazására elpusztult porckorong pótlása esetén kerülhet sor a szegmentum mozgásainak megtartása mellett, de ezen technika inkább a nyaki porckorong pótlása során elterjedtebb.

Egy, a fúziós műtétet a porckorongprotézissel összehasonlító vizsgálat szerint szignifikánsan kevesebb időt töltenek a műtőben és kevesebb a becsült vérvesztése azoknak a pácienseknek, akik a protézisműtéten esnek át, mint azoknak, akiknél fúziós műtétet hajtanak végre. Donzelli, 2006, Ferreira et al., 2007, Járomi, Palkó 2006, Levin et al., 2007, Petersen et al., 2007, Ryang et al., 2007, Szendrői szerk., 2006)

### 3. A vizsgálat célja

Célunk volt megvizsgálni a Chronicus Low Back Pain szindrómával rendelkező páciensek esetében, hogy az alkalmazott aktív-

(izomerősítés, nyújtás, testtartásra vonatkozó életmódi tanácsok) és a passzív terápiák (masszázs, elektroterápia és meleg pakolás) során hogyan változik fájdalomérzetük 100-as értékű vizuál-analóg skála (VAS) alapján, illetve változik-e testtartásuk. Célunk volt továbbá annak megfigyelése, hogy pácienseink fájdalomérzetének változásában van-e különbség az alkalmazott terápiák alapján.

#### 4. Vizsgálati anyag és módszer

Vizsgálatunkat 2008-ban Pécsen végeztük, mely során 40 főt vontunk be, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával. A beválasztási kritérium a cLBP szindróma volt, a tünetek fennállásának időtartama pedig 7-36 hónap. A vizsgálatban egészségügyi szakdolgozók is részt vettek. A vizsgálati csoportban 20 fő aktív terápiában, míg a kontrollt képező csoportban szereplő 20 fő passzív terápiában részesült.

A vizsgálati csoportban szereplő páciensek fizioterápiája során aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatokat alkalmaztunk 3 hónapon át heti 3 alkalommal gyógytornász felügyelete és vezetése mellett. Emellett további heti 2 alkalommal a páciensek otthonukban végezték az izomerősítő-, nyújtó gyakorlatokat. Életmódi tanácsadásban is részesítettük őket, melyek a különböző testhelyzetekhez tartozó helyes testtartásra és gerinchasználatra vonatkoztak (pl.: helyes ülő- és álló helyzetek, nehéz súly helyes felemelése), a helyes testtartást a különböző helyzetekben megéreztetjük és gyakoroltattuk is. Az ezt követő 3 hónapban heti 5 alkalommal a páciensek otthonukban önállóan végezték el az aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatokat.

A kontroll csoportban szereplő páciensek passzív terápiában részesültek, masszázst, elektroterápiát és meleg pakolást kaptak 3 hónapon át, az ezt követő 3 hónapban további kezelésben már nem részesültek.

A vizsgálati csoportban szereplő páciensek átlagéletkora 41,45 év, a kontroll csoportban szereplő pácienseké pedig 41,40 év volt, közöttük szignifikáns különbséget nem találtunk.

A vizsgálati csoportban 10 nő és 10 férfi, míg a kontroll csoportban 11 nő és 9 férfi vett részt.

Az adatok felméréséhez Zebris három dimenziós ultrahang bázisú biomechanikai mozgás elemző rendszert használtunk. A rendszer lehetőséget biztosított a mozgás objektív analizésére, a terápia hatékonyságának értékelésére. A Winspine rendszer rendkívül érzékeny, már 0,1 milliméteres különbség detektálására is képes. A rendszer a csigolya térbeli pozíció változásának regisztrálására és a gerinc mozgásainak elemzésére is alkalmas.

A testtartást a *Pointer Posture* módszerrel vizsgáltuk, amely során a páciens a jeladó előtt 80 cm-re állt. A jeladó 70 fokos dőlési szögben volt, a páciens sacrumára referencia markert helyeztünk fel és pointerrel végeztük az anatómiai pontok kijelölését. A vizsgálatot az alapsík kalibrálásával kezdtük, majd a következő anatómiai pontok felvétele történt a test bal és jobb oldalán: acromion, posterior pelvic point (mely a spina iliaca posterior superior pontnak felel meg), anterior pelvic point (mely a spina iliaca anterior superior pontnak felel meg), crista iliaca legmagasabb pontja, a gerinc vonala a processus spinosusok mentén, Th12 - L1 közötti pont, scapula angulus inferior pont. Az eredményeket a *Pointer Posture Report* funkció során kaptuk, melyben grafikusán ábrázolódott a gerinc a sagittális és frontális síkban, valamint felülnézetben. A testtartást meghatározó paraméterek a sagittális síkban többek között a thoracalis kyphosis szöge (thoracic kyphosis TK), a lumbalis lordosis szöge (lumbalis lordosis LL), a sacralis szög (sacral angle SA).

A fájdalom értékelésére 100-as értékű vizuál-analóg skálát (VAS) alkalmaztunk mindkét csoport esetében. A vizsgálati és a kontroll csoportban szereplő páciensek adatainak (a vizuál-analóg skálán jelölt fájdalomértékek, a thoracalis kyphosis-, a lumbalis lordosis és a sacralis szög értékek) feldolgozásához Microsoft Office Excel 2003 táblázatkezelő programot használtunk. A szignifikancia megállapítását egymintás T-próba segítségével végeztük el az idő függvényében. A két csoport eredményeit pedig kétmintás T-próba segítségével hasonlítottuk

tuk össze, melynek feltételeit F-próbával ellenőriztük. A vizsgálati és a kontroll csoportban részt vevő páciensek által jelzett fájdalomértékek és a testtartást meghatározó paraméterek (a sagittalis síkban többek között a thoracalis kyphosis szöge (thoracic kyphosis TK), a lumbalis lordosis szöge (lumbalis lordosis LL), a sacralis szög (sacral angle SA)) változása közötti összefüggést lineáris regresszióval és korrelációval vizsgáltuk. Szignifikancia szintnek minden esetben a  $p < 0,05$  alatti értéket fogadtuk el. (Donzelli et al., 2006, Járomi, Palkó, 2006, Zsidai, 1999)

## 5. Eredmények

### 5.1. A fájdalom változása az idő függvényében

Az **1. táblázat** második oszlopában a **vizsgálati csoportban** részt vevő páciensek **VAS-n jelzett**, a kezelés megkezdése előtti **fájdalomértékeinek átlagát** tüntettük fel 60,90 ( $\pm 7,63$ ). A harmadik oszlopban a vizsgálati csoportban részt vevő páciensek VAS-n jelzett fájdalomértékeinek átlagát tüntettük fel 3 hónapig tartó aktív izomerősítést és nyújtást követően, mely 5,40 ( $\pm 4,33$ ). A negyedik oszlopban a vizsgálati csoportban részt vevő páciensek VAS-n jelzett fájdalomértékeinek átlagát tüntettük fel 6 hónappal az aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatok megkezdésétől számítva, mely 5,25 ( $\pm 4,26$ ). A hatodik oszlopban a **kontroll csoportban** részt vevő páciensek **VAS-n jelzett**, a kezelés megkezdése előtti **fájdalomértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely 61,00 ( $\pm 7,83$ ). A hetedik oszlopban a kontroll

csoportban részt vevő páciensek VAS-n jelzett fájdalomértékeinek átlagát tüntettük fel 3 hónapig tartó passzív terápiákat követően, mely 5,95 ( $\pm 4,31$ ). A nyolcadik oszlopban a kontroll csoportban részt vevő páciensek VAS-n jelzett fájdalomértékeinek átlagát tüntettük fel 3 hónappal a passzív terápiák befejezte után, mely 61,10 ( $\pm 9,14$ ) volt. A táblázatban szereplő adatokat egymintás T-próba alapján értékeltük, mely során kapott eredmények alapján megállapítható, hogy a **vizsgálati csoportban** szereplő páciensek **VAS-n jelzett**, a kezelés megkezdése előtti **fájdalomértékei** szignifikánsan csökkentek 3 hónap izomerősítést és nyújtást követően ( $p < 0,001$ ), de az is megállapítható, hogy a páciensek által jelzett fájdalomértékek a VAS-n szignifikánsan alacsonyabbak voltak a kezelés megkezdését követő 6 hónap elteltével is ( $p < 0,001$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a VAS-n jelzett fájdalomértékek változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a vizsgálati csoportban szereplő páciensek esetében ( $p = 0,880$ ). A fentiekben szereplő eredményekből továbbá az is megállapítható, hogy a **kontroll csoportban** szereplő páciensek **VAS-n jelzett**, a kezelés megkezdése előtti **fájdalomértékei** is szignifikánsan csökkentek a 3 hónapig tartó passzív terápia hatására ( $p < 0,001$ ), de az ezt követő 3 hónap elteltével a VAS-n jelzett fájdalomértékeik szignifikánsan nőttek ( $p < 0,001$ ). Emellett a terápia megkezdése előtt és 6 hónap elteltével a VAS-n jelzett fájdalomértékek között szignifikáns különbség már nem volt kimutatható ( $p = 0,946$ ).

A két csoport eredményeit kétmintás T-próba segítségével hasonlítottuk össze. **Mindkét csoportban** szereplő páciensek **VAS-n**

I. táblázat: A fájdalom változása az idő függvényében vizuál-analóg skála alapján a vizsgálati (n=20) és a kontroll (n=20) csoportban részt vevő pácienseknél

Vizsgálati csoport				Kontroll csoport			
	VAS pre	VAS pre +3 hónap	VAS pre +6 hónap		VAS pre	VAS pre +3 hónap	VAS pre +6 hónap
mean	60,9	5,4	5,25	mean	61	5,95	61,1
SD	7,63	4,33	4,26	SD	7,83	4,31	9,14

**jelzett fájdalomértékei** a kezelések megkezdése előtt szignifikánsan nem különböztek egymástól ( $p=0,967$ ), ugyanakkor szignifikáns különbség nem volt kimutatható 3 hónap aktív- illetve passzív terápiát követően sem a jelzett fájdalomértékekben ( $p=0,689$ ). 6 hónap elteltével viszont a kontroll csoportban szereplő páciensek által jelzett fájdalomértékek szignifikánsan emelkedtek a vizsgálati csoportban szereplő páciensekéhez képest ( $p<0,001$ ). A fenti eredményekből megállapítható, hogy mind az aktív- mind a passzív terápiák csökkentik a páciensek által VAS-n jelölt fájdalomértékeket 3 hónap kezelést követően. Emellett 6 hónap múlva (a vizsgálati csoportban szereplő páciensek heti 5 alkalommal otthonukban önállóan végeztek aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatokat további 3 hónapon át, a kontroll csoportban szereplő páciensek passzív terápiában már nem részesültek ezalatt az idő alatt) már csak az aktív terápia bizonyul hatékonynak a fájdalom tartós csökkentése szempontjából.

## 5.2. A thoracalis kyphosis (TK) szögének változása az idő függvényében

A **II. táblázat** második oszlopában a **vizsgálati csoportban** részt vevő pácienseknek a kezelés megkezdése előtt mért **thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely 59,55 ( $\pm 7,57$ ). A harmadik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó izomerősítést és nyújtást követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 30,50 ( $\pm 1,96$ ). A negyedik oszlopban a vizsgálati csoportban részt vevő pácienseknek 6 hónappal az izomerősítés és nyújtás megkezdését követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 30,55 ( $\pm 2,85$ ) volt. A hatodik oszlopban a **kontroll csoportban** részt vevő pácienseknek a passzív terápia megkezdése előtt mért **thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely 59,45 ( $\pm 6,87$ ). A hetedik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó passzív terápiát követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 59,15 ( $\pm 7,19$ ). A nyolcadik oszlopban a kontroll csoportban részt vevő pácienseknek a 6 hónappal a passzív terápia megkezdését követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 60,10 ( $\pm 6,97$ ). A táblázatban szereplő adatokat egymintás T-próba alapján értékeltük, mely során kapott eredmények alapján megállapítható, hogy a **vizsgálati csoportban** szereplő **páciensek thoracalis kyphosisának szöge** 3 hónap izomerősítést és nyújtást követően szignifikánsan csökkent ( $p<0,001$ ), továbbá az is megállapítható, hogy a páciensek thoracalis kyphosisának szöge szignifikánsan kisebb volt a kezelés megkezdését követő 6 hónap elteltével is ( $p<0,001$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a thoracalis kyphosis szögének változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a vizsgálati csoportban szereplő páciensek esetében ( $p=0,910$ ). A **kontroll csoportban** részt vevő páciensek **thoracalis kyphosisának szöge** 3 hónap passzív terápiát követően szignifikánsan nem változott ( $p=0,605$ ), de ugyanez a következtetés vonható le 6 hónap elteltével a kezelés megkezdését követően ( $p=0,266$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a thoracalis kyphosis szögének változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével

sítés és nyújtás megkezdését követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 30,55 ( $\pm 2,85$ ) volt. A hatodik oszlopban a **kontroll csoportban** részt vevő pácienseknek a passzív terápia megkezdése előtt mért **thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely 59,45 ( $\pm 6,87$ ). A hetedik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó passzív terápiát követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 59,15 ( $\pm 7,19$ ). A nyolcadik oszlopban a kontroll csoportban részt vevő pácienseknek a 6 hónappal a passzív terápia megkezdését követően mért thoracalis kyphosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely 60,10 ( $\pm 6,97$ ). A táblázatban szereplő adatokat egymintás T-próba alapján értékeltük, mely során kapott eredmények alapján megállapítható, hogy a **vizsgálati csoportban** szereplő **páciensek thoracalis kyphosisának szöge** 3 hónap izomerősítést és nyújtást követően szignifikánsan csökkent ( $p<0,001$ ), továbbá az is megállapítható, hogy a páciensek thoracalis kyphosisának szöge szignifikánsan kisebb volt a kezelés megkezdését követő 6 hónap elteltével is ( $p<0,001$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a thoracalis kyphosis szögének változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a vizsgálati csoportban szereplő páciensek esetében ( $p=0,910$ ). A **kontroll csoportban** részt vevő páciensek **thoracalis kyphosisának szöge** 3 hónap passzív terápiát követően szignifikánsan nem változott ( $p=0,605$ ), de ugyanez a következtetés vonható le 6 hónap elteltével a kezelés megkezdését követően ( $p=0,266$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a thoracalis kyphosis szögének változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével

## II. táblázat: A thoracalis kyphosis (TK) szögének változása az idő függvényében a vizsgálati (n=20) és a kontroll (n=20) csoportban részt vevő pácienseknél

	Vizsgálati csoport				Kontroll csoport		
	TK pre	TK pre +3 hónap	TK pre +6 hónap		TK pre	TK pre +3 hónap	TK pre +6 hónap
mean	59,55	30,5	30,55	mean	59,45	59,15	60,1
SD	7,57	1,96	2,85	SD	6,87	7,19	6,97



a kontroll csoportban részt vevő páciensek esetében ( $p=0,119$ ).

A **vizsgálati és a kontroll csoportban** részt vevő páciensek **thoracalis kyphosisának szögértékei** szignifikánsan nem különböztek egymástól a kezelése megkezdése előtt ( $p=0,965$ ), ugyanakkor 3 hónap aktív- és passzív terápiát követően már szignifikáns különbség volt kimutatható a két csoport páciensei között ( $p<0,001$ ), mely különbség 6 hónap múlva is szignifikáns volt ( $p<0,001$ ). A fentiek alapján megállapítható, hogy a páciensek thoracalis kyphosis szögének megváltoztatása aktív terápia alkalmazásával érhető el.

### 5.3. A lumbalis lordosis (LL) szögének változása az idő függvényében

A **III. táblázat** második oszlopában a **vizsgálati csoportban** részt vevő páciensek-

tüntettük fel, mely  $46,60 (\pm 3,11)$ . A hetedik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó passzív terápiát követően mért lumbalis lordosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $46,30 (\pm 2,86)$ . A nyolcadik oszlopban a kontroll csoportban részt vevő pácienseknek 6 hónappal a passzív terápia megkezdését követően mért lumbalis lordosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $46,20 (\pm 2,96)$ .

A táblázatban szereplő adatokat egymin-tás T-próba alapján értékeltük, mely során kapott eredményekből megállapítható, hogy a **vizsgálati csoportban** szereplő páciensek **lumbalis lordosisának szöge** 3 hónap izomerősítést és nyújtást követően szignifikánsan csökkent ( $p<0,001$ ), továbbá az is megállapítható, hogy a páciensek lumbalis lordosisának szöge szignifikánsan kisebb volt a kezelés megkezdését követő 6 hónap elteltével is ( $p<0,001$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a lumbalis lordosis szögének

**III. táblázat: A lumbalis lordosis (LL) szögének változása az idő függvényében a vizsgálati ( $n=20$ ) és a kontroll ( $n=20$ ) csoportban részt vevő pácienseknél**

	Vizsgálati csoport				Kontroll csoport		
	LL pre	LL pre+3 hónap	LL pre+6 hónap		LL pre	LL pre+3 hónap	LL pre+6 hónap
mean	46	30,15	30,5	mean	46,6	46,3	46,2
SD	2,90	2,70	2,06	SD	3,11	2,86	2,96

nek a kezelés megkezdése előtt mért **lumbalis lordosis szögértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely  $46,00 (\pm 2,90)$ . A harmadik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó izomerősítést és nyújtást követően mért lumbalis lordosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $30,15 (\pm 2,70)$ . A negyedik oszlopban a vizsgálati csoportban részt vevő pácienseknek 6 hónappal az izomerősítés és nyújtás megkezdését követően mért lumbalis lordosis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $30,50 (\pm 2,06)$ . A hatodik oszlopban a **kontroll csoportban** részt vevő pácienseknek a passzív terápia megkezdése előtt mért **lumbalis lordosis szögértékeinek átlagát**

változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a vizsgálati csoportban szereplő páciensek esetében ( $p=0,246$ ).

A **kontroll csoportban** részt vevő páciensek **lumbalis lordosisának szöge** 3 hónap passzív terápiát követően szignifikánsan nem változott ( $p=0,553$ ), de ugyanez a következtetés vonható le 6 hónap elteltével a kezelés megkezdését követően is ( $p=0,225$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a lumbalis lordosis szögének változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a kontroll csoportban részt vevő páciensek esetében ( $p=0,806$ ).

A **vizsgálati és a kontroll csoportban** szereplő páciensek **lumbalis lordosisának**

**szögértékei** szignifikánsan nem különböztek egymástól a kezelése megkezdése előtt ( $p=0,532$ ), ugyanakkor 3 hónap aktív- és passzív terápiát követően már szignifikáns különbség volt kimutatható a két csoport páciensei között ( $p<0,001$ ), mely különbség 6 hónap múlva is szignifikáns volt ( $p<0,001$ ). A fentiek alapján megállapítható, hogy a páciensek lumbalis lordosis szögének megváltoztatása aktív terápia alkalmazásával érhető el.

#### 5.4. A sacralis szög (SA) változása az idő függvényében

A **IV. táblázat** második oszlopában a **vizsgálati csoportban** részt vevő pácienseknek

6 hónappal a passzív terápia megkezdését követően mért sacralis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $35,85 (\pm 4,04)$ .

A táblázatban szereplő adatokat egy mintás T-próba alapján értékeltük, mely során kapott eredményekből megállapítható, hogy a **vizsgálati csoportban** szereplő páciensek **sacralis szöge** 3 hónap izomerősítést és nyújtást követően szignifikánsan csökkent ( $p<0,001$ ), továbbá az is megállapítható, hogy a páciensek sacralis szöge szignifikánsan kisebb volt a kezelés megkezdését követő 6 hónap elteltével is ( $p<0,001$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a sacralis szög változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a

**IV. táblázat: A sacralis szög (SA) változása az idő függvényében a vizsgálati (n=20) és a kontroll (n=20) csoportban részt vevő pácienseknél**

Vizsgálati csoport				Kontroll csoport			
	SA pre	SA pre +3 hónap	SA pre +6 hónap		SA pre	SA pre +3 hónap	SA pre +6 hónap
mean	35,35	23,75	23,8	mean	35,75	35,6	35,85
SD	4,20	0,85	1,05	SD	4,33	4,10	4,04

seknek a kezelés megkezdése előtt mért **sacralis szögértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely  $35,35 (\pm 4,20)$ . A harmadik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó izomerősítést és nyújtást követően mért sacralis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $23,75 (\pm 0,85)$ . A negyedik oszlopban a vizsgálati csoportban részt vevő pácienseknek 6 hónappal az izomerősítés és nyújtás megkezdését követően mért sacralis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $23,80 (\pm 1,05)$ . A hatodik oszlopban a **kontroll csoportban** részt vevő pácienseknek a passzív terápia megkezdése előtt mért **sacralis szögértékeinek átlagát** tüntettük fel, mely  $35,75 (\pm 4,33)$ . A hetedik oszlopban ugyanebben a csoportban részt vevő pácienseknek a 3 hónapig tartó passzív terápiát követően mért sacralis szögértékeinek átlagát tüntettük fel, mely  $35,60 (\pm 4,10)$ . A nyolcadik oszlopban a kontroll csoportban részt

vizsgálati csoportban szereplő páciensek esetében ( $p=0,825$ ). A **kontroll csoportban** részt vevő páciensek **sacralis szöge** 3 hónap passzív terápiát követően szignifikánsan nem változott ( $p=0,751$ ), de ugyanez a következtetés vonható le 6 hónap elteltével a kezelés megkezdését követően is ( $p=0,855$ ). Szignifikáns különbséget nem találtunk a sacralis szög változásában 3 hónap és 6 hónap elteltével a kontroll csoportban részt vevő páciensek esetében ( $p=0,506$ ).

A **vizsgálati és a kontroll csoportban** szereplő páciensek **sacralis szögértékei** szignifikánsan nem különböztek egymástól a kezelése megkezdése előtt ( $p=0,768$ ), ugyanakkor 3 hónap aktív- és passzív terápiát követően már szignifikáns különbség volt kimutatható a két csoport páciensei között ( $p<0,001$ ), mely különbség 6 hónap múlva is szignifikáns

volt ( $p < 0,001$ ). A fentiek alapján megállapítható, hogy a páciensek sacralis szögének megváltoztatása aktív terápia alkalmazásával érhető el.

### **5.5. A jelzett fájdalomérték és a thoracalis kyphosis (TK), a lumbalis lordosis (LL) valamint a sacralis szög (SA) változás összefüggésének vizsgálata**

A felvett adataink és az azokból származó eredményeink alapján elmondható, hogy a vizsgálatban részt vevő páciensek esetében a fájdalom érzet és a testtartást a sagittalis síkban meghatározó paraméterek (thoracalis kyphosis szög – TK, lumbalis lordosis szög – LL, sacralis szög – SA) változása között szignifikáns összefüggést egyetlen esetben sem tudtunk kimutatni, mégis a vizsgált csoport pácienseinél a tartós fájdalom csökkenés együtt járt a fentiekben említett paraméterek megváltozásával.

## **6. Megbeszélés**

A chronicus Low Back Pain szindrómával rendelkező páciensek esetében jelentős figyelmet kell fordítanunk a fájdalom csökkentésére, melyhez adekvát terápiás formát kell kiválasztanunk. A fájdalom csökkenését, mint eredményt korábbi vizsgálatok során többször is leírták, függetlenül attól, hogy az alkalmazott terápia back school program (izomerősítő-, nyújtó gyakorlatok), McKenzie terápia, általános izomerősítő-, nyújtó, illetve aerobik jellegű gyakorlatok együttes alkalmazása, gerinc manipulációs terápia vagy Pilates CovaTech módszer volt.

Jelen vizsgálatunkban két különböző terápia (aktív- és passzív terápia) hatékonyságát igyekeztük megvizsgálni a fájdalom vonatkozásában, illetve annak változásában. A vizsgálati és a kontroll csoport pácienseinél rövid távú kezelést (3 hónap) követően szignifikáns csökkenést mutatkozott a VAS-n jelzett fájdalomértékekben (mindkét csoportnál  $p < 0,001$ ). Továbbá az is elmondható, hogy a vizsgálati és a kontroll csoportban szereplő páciensek által jelzett fájdalomértékek alakulásában 6 hónappal a terápiák

megkezdését követően már különbség volt megfigyelhető. A vizsgálati csoport pácienseinél szignifikáns csökkenés volt kimutatható az aktív terápia megkezdésekor és az utána 6 hónappal jelzett fájdalomértékek között ( $p < 0,001$ ), ugyanez a kontroll csoport pácienseinek esetében már nem volt elmondható, szignifikáns különbséget nem tudtunk kimutatni a két különböző időpontban jelzett fájdalomértékek között ( $p = 0,946$ ). Az előbbieken leírtak alapján megállapítható, hogy amennyiben pácienseink fájdalmait tartósan (6 hónappal a terápia megkezdését követően) szeretnénk csökkenteni, úgy hatékonyabb módszernek bizonyul az aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatok alkalmazása 3 hónapon át heti 3 alkalommal gyógytornász felügyelete és vezetése mellett, illetve további heti 2 alkalommal a páciensek otthon végzett izomerősítő- és nyújtó gyakorlatai, kiegészítve életmódi tanácsokkal, melyek a különböző testhelyzetekben lévő helyes testtartásra és gerinchasználatra vonatkoztak. Ezen periódus végeztével pedig folytatva további 3 hónapon át heti 5 alkalommal a páciensek otthon végzett izomerősítő- és nyújtó gyakorlataival, összehasonlítva a masszázs, elektroterápia és meleg pakolás, mint passzív terápia alkalmazásával 3 hónapon át.

Korábbi vizsgálatok is arra hívják fel a figyelmünket, hogy a választott terápiát célszerű nem csak néhány hétig, hanem akár több hónapig alkalmazni, illetve betegoktatással is kiegészíteni. Egy 2006-ban publikált vizsgálat, melyben a back school programot a Pilates CovaTech módszerrel hasonlították össze, szignifikáns csökkenést mutatott a páciensek fájdalom érzetében 1-, 3- és 6 hónappal a terápiák megkezdését követően is. Hasonló eredményt olvashatunk egy 2007-ben megjelent cikkben, ahol a vizsgálat során általános izomerősítő-, nyújtó, illetve aerobik jellegű gyakorlatokat és gerinc manipulációs terápiát alkalmaztak, a fájdalomérzet változását pedig 8 héttel, 6- és 12 hónappal az alkalmazott terápiák megkezdését követően vizsgálták. Egy 2006-ban publikált vizsgálat pedig pont a betegoktatás hatékonyságáról, mint az aktív terápiát kiegészítő módszerről számol be jó eredménnyel.

Bár a vizsgálatban részt vevő páciensek esetében a fájdalom érzet és a testtartást a

sagittalis síkban meghatározó paraméterek (thoracalis kyphosis – TK, lumbalis lordosis – LL, sacralis szög – SA) változása között szignifikáns összefüggést nem tudtunk kimutatni, mégis a vizsgált csoport pácienseinél a tartós fájdalom csökkenés együtt járt a fentiekben említett paraméterek megváltozásával. (Donzelli et al., 2006, Ferreira et al., 2007, Járomi, Palkó, 2006, Petersen et al. 2007.)

## 7. Következtetések

A levont következtetések csak a vizsgálatba bevont személyekre érvényesek, mivel a vizsgálati és a kontroll csoportban részt vevő páciensek nem reprezentálják a teljes populációt. A kapott eredményekből megállapítható, függetlenül attól, hogy milyen terápiát alkalmazunk - aktív- vagy passzív terápia, chronicus Low Back Pain szindrómával rendelkező páciensek esetében a fájdalom csökkentésére, rövid távon (3 hónap) hatékonyan, szignifikáns mértékben csökkenthetjük azt. Ellenben hosszú távon (6 hónap) a fájdalom szignifikáns mértékben történő csökkentésében már csak az aktív terápia bizonyul hatékonynak.

Eredményeink alapján az is elmondható, hogy a vizsgálati csoportban részt vevő páci-

enseknél a fájdalom tartós csökkenése együtt járt a testtartást a sagittalis síkban meghatározó paraméterek (TK, LL, SA) változásával, bár közöttük szignifikáns összefüggést egyetlen esetben sem tudtunk kimutatni.

A fentieket figyelembe véve az aktív terápiának a következő módon történik a felépítése és az alkalmazása: aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatok 3 hónapon át heti 3 alkalommal gyógytornász felügyelete és vezetése mellett történő alkalmazása, illetve további heti 2 alkalommal a páciensek önállóan az otthonukban végezzenek izomerősítő- és nyújtó gyakorlatokat. Emellett életmódi tanácsadásban is részesítsük őket, mely során többek között éreztessük meg és gyakoroltassuk a helyes ülő- és álló helyzeteket. Hívjuk fel figyelmüket a különböző helyzetekben való helyes gerinchasználatra is, pl.: nehéz súly felemelése.

Az ezt követő 3 hónapban heti 5 alkalommal a páciensek otthonukban önállóan végezzék el az aktív izomerősítő- és nyújtó gyakorlatokat.

Különösen fontos pácienseink és az egészségügyben dolgozó kollégáink számára a fájdalom tartós csökkentése, hiszen így kevesebb időt töltenek betegszabadságon, melynek gazdasági és társadalmi előnyei is vannak. (Járomi, Betlehem, 2005)

## Irodalomjegyzék

1. Bender, Gy. (1996): Gerincbetegségekről. Golden Book Kiadó, Budapest. pp. 99-109.
2. Blaskó, G. (1998): Gyógyszerkincsünk hozzájárulása az életminőség javításához. Magyar Kémiai Folyóirat: Kémiai Közlemények, 3, 106-114.
3. Donzelli, S. et al. (2006): Two different techniques in the rehabilitation treatment of low back pain: a randomized controlled trial. Europa Medicophysica, 3, 205-210.
4. Fekete, M. (2004): Magyar Egészségvédő Liga 2004. [www.datanet.hu/pharma/phorient/144/144liga.html](http://www.datanet.hu/pharma/phorient/144/144liga.html) (on-line) (Pécs, 2006. 11. 20.)
5. Ferreira, ML. et al. (2007): Comparison of general exercise, motor control exercise and spinal manipulative therapy for chronic low back pain: A randomized trial. Pain, 1-2, 31-37.
6. Gál, N. (2008): A testtartás és a derékfájás kapcsolata (A testtartás változásának vizsgálata Zebris WinSpine rendszerrel gerinciskola hatására derékfájós betegeknél). Budapest, SE Testnevelés és Sporttudományi Kar
7. Járomi, M, Betlehem, J. (2005) Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért. Nővér, 18;2:21-24
8. Járomi, M., Palkó, A. (2006): A helyes testtartás és gerinchasználat educatiojának vizsgálata a Zebris WinSpine rendszerrel. Mozgásterápia, 4, 10-13.

9. Levin, DA. et al. (2007): Comparative charge analysis of one- and two-level lumbar total disc arthroplasty versus circumferential lumbar fusion. *Spine*, 25, 2905-2909.
10. Lontos, K., Bell, S., Johnston, M. (1997): The clinical orthopaedic assessment guide. Human Kinetics, London.
11. Makszin, I. (1997): Prevenção vagy korrekció. *Kalokagathia*, 1-2, pp. 123-132.
12. Mitchell, T. et al. (2008): Low back pain characteristics from undergraduate student to working nurse in Australia: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1636-1644.
13. Petersen, T., Larsen, K., Jacobsen, S. (2007): One-year follow-up comparison of the effectiveness of McKenzie treatment and strengthening training for patient with chronic low back pain: outcome and prognostic factors. *Spine*, 26, 2948-2956.
14. Ryang, YM. et al. (2007): Transmuscular trocar technique – minimal access spine surgery for far lateral lumbar disc herniations. *Minimally Invasive Neurosurgery*, 5, 304-307.
15. Szabóné, Baán, I. (é. n.): A testtartás, a helyes testtartás és a helytelen testtartások. [www.tesi.pte.hu/oktatok/baan/gyogytn/gytn1\\_testtartas.doc](http://www.tesi.pte.hu/oktatok/baan/gyogytn/gytn1_testtartas.doc) (on-line) (Pécs, 2006. 11. 20.)
16. Széles, Gy., Vizi, J., Vokó, Z. (2001): Gyorsjelentés az országos lakossági egészségfelmérésről 2001. április. [www.gallup.hu/olef/4.html](http://www.gallup.hu/olef/4.html) (on-line) (Pécs, 2006. 11. 20.)
17. Szendrői, M. (szerk.) (2006): Ortopédia. Semmelweis Kiadó, Budapest.
18. Zsidai, A. (1999): Gerincvizsgálatok a WinSpine programcsomag felhasználásával. Budapest, BME

**A study of active and passive therapies, and the correlations between pain sensation and changes in physical posture among patients with Chronic Low Back Pain (CLBP) syndrome.**  
 Gál N., Tihanyi J., Kívés Zs., Oláh A., Betlehem J., Marton-Simora J., Németh K., Müller Á., Járomi M.

**Objective:** To examine, in the case of CLBP sufferers, how physical posture and pain sensation changes in the course of the applied therapies, and to reveal whether there is a correlation between the change in the latter and the applied therapies.

**Sample and method:** The authors conducted their survey in 2008 in Pécs, Hungary, among a sample of 40 CLBP patients selected using a non-random, convenience sampling technique. Assessment of the data of those receiving active (study group: 20 persons) or passive (control group: 20 persons) was performed using the Zebris Winspine system and VAS. In the survey, the one-sample and two-sample T-test, linear regression and correlation were applied.

**Results:** The pain sensation of both groups decreased significantly after three months of active or passive therapy ( $p < 0,001$ ). After six months the pain sensation of patients in the control group had significantly risen relative to that of the patients in the control group ( $p < 0,001$ ).

**Conclusions:** Regardless of what kind of therapy is applied to alleviate the patients' pain, in the short term a significant improvement can be achieved. Only the active therapy is effective in alleviating the pain significantly over the long term. As a result of this, the patients spend less time on sick leave, which has an effect on their economic and social status.

**Key words:** CLBP, pain sensation

# Az aranyérbetegség, mint ápolási probléma

**Mengyán Zsuzsa**

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

**Raskovicsné Csernus Mariann**

osztályvezető főnővér, Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház,  
Általános Sebészet Gyula,  
Ph. D. hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

## Összefoglaló

**A vizsgálat célja:** annak felmérése, hogy az ápolók mekkora figyelmet fordítanak az aranyérbetegség meglétére, mennyire képesek felismerni a kellemetlenségeket okozó panaszokat, és adnak-e tanácsot azok enyhítésére vonatkozóan. További cél annak megállapítása, hogy milyen ápolási problémákat okoz az aranyérbetegség, és milyen összefüggések vannak a problémakört érintő különböző változók között.

**Vizsgálati módszerek és minta:** A vizsgált minta a gyulai Pándy Kálmán Kórház meghatározott (belgyógyászati, sebészeti, szülészet- nőgyógyászati, krónikus és pszichiátriai) osztályain dolgozó ápolók. A hipotézisek vizsgálata leíró statisztikai módszerekkel, az összefüggések vizsgálata matematikai statisztikai módszerekkel történt.

**Eredmények:** A mintában szereplő ápolók 90%-a magas szintű ismeretanyaggal rendelkezik, 73% fontosnak vagy nagyon fontosnak ítélte meg az aranyérbetegségre való figyelmet az ápolás során. Illeszkedés vizsgálattal az életmódbeli tanácsadás és az ápoló közvetlen családi környezetében való előfordulás, az aranyérbetegség fontosságának megítélése és a szakmai végzettség tekintetében nem volt összefüggés, míg a betegség észlelése és kezelésének megkezdése között ( $0,05 < p < 0,02$ ) szignifikáns összefüggés található.

**Következtetések:** Az egészségügyi dolgozók megfelelő ismeretekkel rendelkeznek az aranyérbetegséggel kapcsolatban, de az ápolási anamnézis felvételekor az erre irányuló kérdés hiányzik, így a betegséggel kapcsolatos speciális ápolási szükségletek megállapítása, azok kielégítésének tervezése és megvalósítása is hiányos.

## A probléma ismertetése

Az aranyérbetegséggel gyakran találkozunk a mindennapi életben. Előfordulása az egyes statisztikák szerint az 50 év feletti népesség körében 70%-os, a középkorúak között 80%-os. „Ha úgy számítjuk, hogy 50 év fölött minden második embernek van aranyérbetegsége, akkor azt népbetegségnek kell tekinteni. Magyarországon 1990-ben az Országos Sebészeti Intézet statisztikája szerint 6143 műtétet végeztek a végbélnyílás betegségei miatt. Több ezerre tehető a járóbeteg rendeléseken végzett aranyérműtétek száma, 880 beteget pedig kórházban ope-

ráltak aranyeres panaszai miatt”. (Dubecz, Nagy, 1992) Az egynapos sebészeti eljárások elterjedésével a kezelésre jelentkező, aranyérbetegségben szenvedő betegek száma feltételezhetően lényegesen magasabb.

Az aranyérbetegség a végbél nyálkahártyája alatt elhelyezkedő vénás fonatból alakul ki. Az aranyeres csomók a végbél falában keletkező vénatágulatok, melyek begyulladhatnak, vérezhetnek, megnagyobbodhatnak, néha kifordulhatnak, vagy véralvadék képződhet bennük, és ilyenkor fájdalmassá válhatnak. (Bursics, 2007)

Attól függően, hogy a végbél záróizmától merre helyezkednek el, külső vagy belső

aranyérről beszélhetünk. A stádium beosztás az aranyeres csomóknak a nagysága, és előesésének súlyossága alapján történik. Ez a besorolás nem tükrözi szükségszerűen a beteg panaszainak súlyosságát. Az elsőfokú aranyeres csomók vérezhetnek, de egyáltalán nem jelentkezik előesés. A másodfoknál az aranyerek nyomásfokozódás (székelés) esetén előesnek, de spontán visszahúzódnak. A harmadfokú aranyerek esetében a székeléskor előesett csomók csak manuális repozíció segítségével helyezhetőek vissza. A negyedfok esetén pedig előesett, kizáródott aranyeres csomók figyelhetőek meg. (Regőczy, Willner, 2008)

Az aranyérbetegség kialakulásának elsődleges oka a vénás elfolyás akadályozottsága, melynek kóroki tényezői lehetnek: az idült székrekedés, az elhúzódó álló- és ülőhelyzet, a mozgásszegény életmód, a terhesség, nehéz tárgy emelése, a portális hipertenzió, öröklődés, az elhízás, valamint az anális fertőzés. (Bázingné, 2003, Kiss, 2002, Nagy, 2003) A közép vagy időskorú betegek körében az aranyeres csomók mögött az átlagosnál gyakrabban helyezkedik el végbéldaganat. (Bursics, 2007)

Ezekon kívül oki tényezőként szerepelhet a hosszas hasmenéses székletürítés, rendszertelenül adott nagy adag hashajtó, legyengült állapot, kiszáradás, az anusz nyálkahártyájának sérülése, valamint egyes elmebetegségek, pszichés állapotok, drogok, egyes gyógyszerek (ópiátok, kodeinek) tartós alkalmazása is. (Dubecz, Nagy, 1992)

A medencében elhelyezkedő daganatok mechanikai hatásukkal a hasúri nyomás növelése következményeként okoznak aranyérbetegséget. Növeli a hasúri nyomást a hosszan tartó köhögés, hányás, prosztata megnagyobbodás, húgycső szűkület is. (Dubecz, Nagy, 1992)

A betegség tünetei: vérzés, végbéltáji fájdalom, váladékozás, az aranyeres csomók előtüremkedése, nedvességérzés a végbélnyílás körül, esetleg viszketéssel párosulva, a kicsorgó nyák némi székletet is hozhat magával, a végbélnyílás környékének felázása, idegentest érzés, tökéletlen székletürítés érzése. (Boyd, Tower, 1998, Bursics, 2007, Ewald, McKenzie, 1995, Jávor, 1994) Az aranyérbetegség miatti vérzések skálája

rendkívül széles, amely az alig észrevehetőtől az akár transfúziót igénylő vérvesztésig terjedhet. A napi minimálisnak mondható vérvesztés is felhalmozódhat hetek, hónapok alatt annyira, hogy vérvesztéses anémia léphet fel. (Hebden et al., 2006)

Az aranyérbetegség szövődményei: a krónikus vérzés miatti anémia, a tökéletlen székletürítés miatt megakolon, divertikulitisz, az aranyeres plexus trombózisa, tromboflebitisz, végbél melletti tályog, sipoly. (Boyd, Tower, 1998, Bursics, 2007) Ezek mellett kialakulhat az előesett aranyeres csomó kizáródása, gyulladás, hegesedés miatti végbél szűkület, valamint súlyos esetben széklet inkontinencia is.

A betegség nem csupán kellemetlen, de elhanyagolva veszélyes is. Az emberek többsége úgy éli meg, hogy az aranyérbetegséget tagadni illik. (Nagy, 2003) Tapasztalatok szerint az ilyen jellegű problémák a rosszul értelmezett szemérmesség miatt túl gyakran és túl sokáig rejtve maradnak, pedig az időben jelentkező betegek kezelésével elkerülhetővé válnának a későbbi, esetleg súlyos szövődmények, valamint az oki tényezőként gyakran szereplő végbéldaganatok is hamarabb kiszűrhetőek lennének. (Boyd, Tower, 1998, Bursics, 2007) A vizsgálttól való félelem sok embert riaszt vissza attól, hogy panaszával orvoshoz forduljon. (Dési, 1995) A betegek egy része a rosszindulatú betegség megállapításától való félelem miatt halogatja az orvos felkeresését. (Ádány, 2006) Az aranyérbetegség és a végbélrák tünetei hasonlóak, ezért végbéltáji panaszok esetén nem lehet elégszer hangsúlyozni az orvoshoz fordulás jelentőségét. (Nagy, 2003)

### ***Egészségügyi, szociális, gazdasági vonatkozások***

Egészségügyi, ápolási problémaként jelentkezik, hogy a vérzésre hajlamos aranyér egyéb terápiát is befolyásolhat, például Streptaze kezelés esetén a beteg kivérezhet, orális antikoaguláns és trombocita aggregációt gátló kezelésnél is a fokozott vérvesztés miatt anémizálódhat. (Scherer, 1986) A fájdalmas aranyér nehezíti a műtét utáni mobilizációt. (Mészáros, 2007) Az immobil beteg gyakorta küzd székrekedéssel, az aranyérbetegség nehezíti az egyébként is nehéz székelést, ördögi

körként egyre súlyosabb szövődmények is kialakulhatnak. (Jávori, 2004) A székrekedéssel járó erőlködés agyi katasztrófát okozhat. (Dubecz, Nagy, 1992) Az erőlködő székletürítés a posztoperatív időszakban nehezebbé teszi a sebgyógyulást, hajlamosít a különböző szövődmények kialakulására. (Boyd, Tower, 1998) A gyakori erőteljes préseléssel járó székrekedés a hasfal gyengüléséhez vezethet, sérvek kialakulására hajlamosíthat.

Szociális problémaként jelentkezik, hogy a kellemetlen tünetek miatti szégyenérzés a beteget szeparációra kényszerítheti. (Bursics, 2007) Állandó szorongásban élve a tünetek a beteg számára sokkolók is lehetnek, és ezért még súlyosabbá válhatnak. (Dubecz, Nagy, 1992) A családi-, házastársi kapcsolatok is zavart szenvedhetnek a betegség intim jellege miatt. (Kulcsár, 2002)

A munkaképes korú lakosság 70-80 %-a szenved a betegségtől. (Dubecz, Nagy, 1992) Az aranyérbetegség gazdasági vonatkozásához tartozik, hogy növekszik az ezzel összefüggő táppénzes napok száma, csökken a munkahelyi teljesítőképesség, figyelemzavar jelenik meg, ezáltal romlik a munka hatékonysága. (Kulcsár, 2002) Érdekes, hogy Napóleon, a waterlooi csata előtt és alatt előesett, rögzös aranyérgyulladásal gyöttrődött. Valószínű, hogy ez egyes döntéseiben is befolyásolta őt. (Dubecz, Nagy, 1992)

## A témaválasztás indoklása

Tapasztalatunk szerint az ápolás gyakorlata során az ápolási anamnézis felvételénél nem derül ki, hogy egyéb betegségei mellett a betegnek aranyérbetegsége is van. Még ha rákérdez is az ápoló, a beteg sokszor elhallgatja azt. (Nagy, 2003) Ebből következően az egyes ápolási beavatkozások súlyosbíthatják az aranyérbetegséget, vagy egyes gyógyszeres terápiák súlyos általános állapotot is előidézhetnek, például a vérzésre hajlamos aranyéren az antikoaguláns terápia következtében nagyfokú vérzés is felléphet, a beteg súlyosan anémizálódhat. (Hebden et al., 2006) Ezekon kívül az elhanyagolt aranyeres csomó felülfertőződhet, a végbél vénáinak fertőzőeses gyulladása alakulhat ki, amely

akár az életet is veszélyeztető súlyos szepszishez is vezethet. (Dubecz, Nagy, 1992)

## A vizsgálat célja

A kutatás során fel kívántuk tárnai, hogy az ápolók

- mekkora figyelmet fordítanak az aranyérbetegség meglétére az ápolás és egyéb terápiás beavatkozások során,
- mennyire képesek azonosítani a kellemetlenséget okozó panaszokat,
- adnak-e tanácsot azok enyhítésére vonatkozóan,
- milyen ápolási problémákat okoz az aranyeres megbetegedés,
- milyen összefüggések vannak a problémakört érintő különböző változók között.

## Vizsgálati módszerek és minta

Vizsgálati mintának a gyulai Pándy Kálmán Kórház meghatározott (belgyógyászati, sebészeti, szülészeti- nőgyógyászati, krónikus és pszichiátriai) osztályain dolgozó ápolókat választottuk.

Ezen osztályok kiválasztását az alábbiak indokolták:

- a belgyógyászati jellegű osztályokon nagy arányban fordulnak elő antikoaguláns vagy Streptaze kezelésben részesülő betegek, és megjelennek a kezeléssel kapcsolatos szövődmények,
- a sebészeti jellegű osztályokon nagyobb számban található az aranyérműtött vagy -kezelt páciensek, illetve a műtétek utáni mozgáskorlátozottság miatt jelentős kockázata van a székrekedésnek,
- a szülészeti- nőgyógyászati osztályokon gyakori a beöntés, valamint a várandósság, a szülés is hajlamosít az aranyeres betegség megjelenésére,
- a krónikus osztályokon előforduló gyakori immobilitás súlyos székrekedésre, így aranyérbetegség megjelenésére hajlamosít,
- a pszichiátriai osztályokon kezelt betegek gyógyszerei erősen hajlamosítanak



a székrekedésre, így az aranyérbetegség megjelenésére.

Tehát a kiválasztott osztályokon nagy valószínűséggel fordulhat elő az aranyérbetegség, így az itt dolgozó ápolók nagy tapasztalattal rendelkezhetnek e téren.

A kutatás során a kérdőíves felmérés módszere került alkalmazásra, melyben nyitott és zárt kérdések egyaránt szerepelnek. Összesen 130 db kérdőív került kiosztásra, 108 érkezett vissza, és ebből csupán 3 db nem volt kiértékelhető, tehát a vizsgálati minta elemszáma 105.

Az adatok értékelése leíró statisztikai módszerekkel, az összefüggések vizsgálata a matematikai statisztika módszereivel történt. Megoszlási viszonyszámokat alkalmaztunk a minta általános jellemzésére. Az ápolók ismereteinek, a tanácsadás szintjének megállapítását meghatározott kérdésekre adott jó válaszok alapján vizsgáltuk. Rangorskálával történt annak megítélése, hogy az ápoló mennyire tartja fontosnak az aranyérbetegségre való figyelmet az ápolás során, valamint hogy milyen jelentőségűnek ítéli a betegséget. A különböző rangorskálákat a súlyozott átlaguk, megoszlási-, gyakorisági diagramjuk alapján hasonlítottuk össze. A megállapított adatokkal függetlenégi vizsgálatokat végeztünk.

## Eredmények

A nemek szerinti megoszlás az ápolói hivatásra jellemző, a vizsgált ápolók egyötöde férfi, a négyötöde nő. A kérdőívet kitöltött egészségügyi dolgozók közül felsőfokú végzettségű a minta háromötöd, középfokú végzettségű a minta egyötöd, és alacsony végzettségű a minta szintén egyötöd része. A minta életkor szerinti mediánja 32 év, módusza 21 év. A vizsgált ápolók egészségügyben eltöltött munkaidő szerinti helyzeti közepe 11 év.

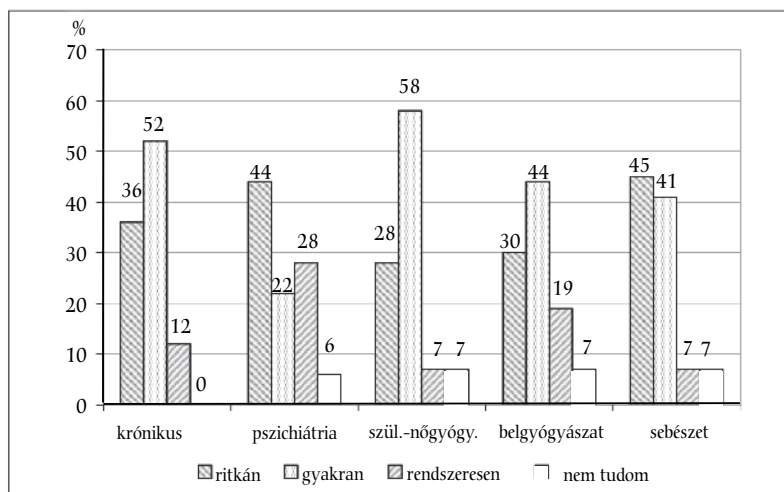
Az egészségügyi dolgozók aranyérbetegségre

vonatkozó ismerete magas szintű az ápolók kétötödénél, jó a minta felének, közepes és alacsony szintű az egytized részének esetében. A legtöbb ápoló tapasztalata alapján a fájdalom és a vérzés az aranyérbetegség fő tünete. A kiváltó tényezők közül a székrekedést, terhességet jelölték a legtöbben (a minta háromötöd része). A megkérdezettek sokféle kiváltó tényezőt tartanak fontosnak, de sajnos a végbél daganatot, ami különös figyelmet érdemel, csak egy esetben említették, ugyanakkor a minta kettőtöd része helytelenül, a végbél daganatot szövődményként jelölte meg.

A válaszadók szerint a vizsgált osztályokon eltérő az aranyérbetegség előfordulása. Ha a megoszlási viszonyszámuk szerint a különböző jellegű osztályokat összehasonlítjuk, jól látható, hogy a szülészet-nőgyógyászati, valamint krónikus jellegű osztályokon fordul elő a leggyakrabban, a sebészeti és pszichiátriai jellegű osztályokon a legritkábban az aranyérbetegség. (1. ábra)

Az ápolás során az aranyérbetegségre való figyelmet a legtöbb ápoló (a minta négyötöde) fontosnak, vagy nagyon fontosnak tartja. A válaszadók a jelölt gyakoriságok alapján az ápolásban inkább fontosnak, az *antikoaguláns kezelés* és a *beöntés* során nagyon fontosnak ítélik az aranyérbetegségre való odafigyelést. A súlyozott átlagok szerint az ápolás 4,05, az antikoaguláns kezelés 4,46, a beöntés 4,62, tehát ennek alap-

1. ábra: A válaszadók szerint az aranyérbetegség előfordulásának gyakorisága és aránya az egyes osztályokon, % (n=105)



ján, a beöntés során ítélik legfontosabbnak a figyelmet. Vizsgáltuk az aranyérbetegségre való figyelem fontossága és a szakmai végzettség szintje közötti kapcsolatot is. Azt találtuk, hogy a megkérdezettek a szakmai végzettségtől függetlenül fontosnak tartják az aranyérbetegségre való figyelmet az ápolás során ( $p>0,5$ ).

Összefüggést kerestünk az aranyérbetegségben szenvedőknek történő ápolói tanácsadás, valamint a betegségnek az ápoló családjában való előfordulása között. A vizsgált ápolók háromötöd része nyilatkozott úgy, hogy mindig ad tanácsot a betegnek, ha kiderül, hogy van aranyérbetegsége is. Az ápolók egy része esetenként ad, és nagyon kevesen írták azt, hogy nem adnak tanácsot. Azt találtuk, hogy ahol előfordul a családban az aranyérbetegség, többen adnak tanácsot a betegeknek, azonban illeszkedésvizsgálata alapján 5% szignifikancia szinten a próbafüggvény értéke a megengedett tartományon kívül van ( $p>0,3$ ), tehát a jelölt kategóriában összefüggés nem található.

Az ápolók döntő többsége az étrenddel, a folyadékfogyasztással és a megfelelő higiéné betartásával kapcsolatosan adnak tanácsot. Háromtizedük ad rendszeres mozgásra, rendszeres széklet biztosítására, orvosnál való megjelenésre javaslatot. Egyötöd részük az orvosi utasításra való kezelést, az erőlködés kerülését, a székrekedés elkerülését, a tünetekre való fokozott figyelmet tartják fontosnak. A legkevesebben az intim tornát javasolják, és ugyancsak kevesen forszírozzák azt, hogy a műtét előtt jelezze a beteg a problémáját, ne szegyelljen segítséget kérni. **(2. ábra)** A szűrővizsgálat fontosságát csak néhány fő jelölte be, pedig az esetlegesen aranyeret okozó végbéldaganat korai felismerésében ez nagyon fontos lenne. A megkérdezett ápolók egyötöd része elküldené a beteget orvoshoz. A

tanácsadás folyamán az intimitás megtartására négy szemközti, őszinte, empátikus, a beteg számára egyéniesített, nem tolakodó, nyugodt környezetben végzett beszélgetésre helyezték a hangsúlyt.

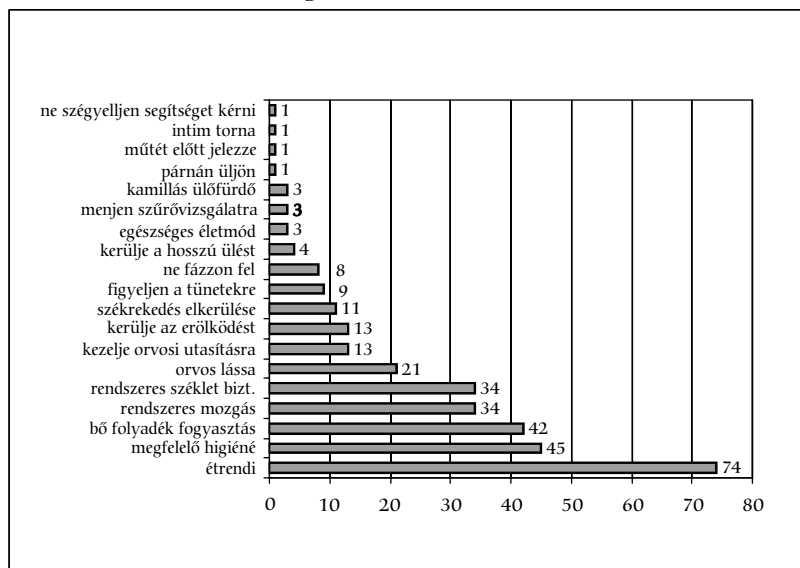
Az aranyérbetegség az ápolók tapasztalatai szerint több ápolási tevékenységet is befolyásol, például a higiénés szükségletek kielégítését, a mobilizálást, a beteg táplálkozását, táplálását, a műtéti beavatkozások előtt a gasztrointesztinális rendszer előkészítését, a székletrendezést, a katéterezést és a szülés vezetését.

Az ápolók a saját szempontjuk szerint közepesen súlyosnak vagy súlyosnak, a beteg szempontjából nagyon súlyosnak vagy súlyosnak ítélték meg az aranyérbetegség által okozott problémát. A súlyozott átlagok értéke saját szemszögből történő megítélés esetében 3,60, a beteg szemszögből 3,69 (közel azonos értékűek).

A vizsgált mintába tartozó ápolók háromötöde családjában előfordult aranyérbetegség. A betegség súlyosságának megítélése és a családban való előfordulás illeszkedésvizsgálata alapján 5% szignifikancia szinten a próbafüggvény értéke a megengedett tartományon kívül van ( $p>0,4$ ), tehát a megjelölt szinten összefüggés nem található.

A minta legnagyobb része (70%) szerint a gyógyítás folyamata során az aranyérbe-

**2. ábra: Ápolói tanácsok, és azok előfordulásának gyakorisága a vizsgált mintában (n=105)**



tegség kezelésére is kitérnek, ha a betegnek panasza van. A legkevesebben csak a szövőd-mények megelőzését tartják fontosnak. Ha összehasonlítjuk az osztályon való előfordulás gyakorisága alapján a kezelésre adott válaszokat, kitűnik a fordított arányosság. Ahol ritkán fordul elő a betegség, ott kezelik legnagyobb valószínűséggel, és ahol rendszeresen előfordul, ott a legtöbben a „nem csak az alapbetegség kezelése” választ adták. Illeszkedésvizsgálata alapján 5% szignifikancia szinten a próbafüggvény értéke a megengedett tartományon belül van ( $0,05 < p < 0,02$ ), tehát a két változó összefügg.

Vizsgálatunkban kitértünk arra is, hogy van-e összefüggés az ápolási anamnézis felvétele során felmért aranyérbetegség, valamint az osztályokon való előfordulási gyakoriság között. Az ápolók 70%-a szerint az ápolási anamnézis során kiderül az aranyérbetegség. A betegség osztályon való előfordulása és az ápolási anamnézisben történő szerepeltetése között illeszkedésvizsgálata alapján 5% szignifikancia szinten a próbafüggvény értéke a megengedett tartományon kívül van ( $p > 0,3$ ), tehát a jelen szinten összefüggés nem található.

## Megbeszélés

A kutatás során felmérésre kerültek az egészségügyi dolgozók ismeretei az aranyérbetegségről. A válaszok alapján a vizsgált minta 90%-a magas és jó szintű ismeretanyaggal rendelkezik, mely az egészségügyi dolgozók jó szakmai felkészültségét jelenti.

A vizsgált ápolók 73%-a fontosnak vagy nagyon fontosnak ítélte meg az aranyérbetegségre való figyelmet az ápolás során. Ezen kívül a kapcsolódó kérdésekben is az antikoaguláns kezelés és a beöntés folyamán a legtöbben a nagyon fontosnak ítélték ezt a kérdést.

A kutatás során felmérésre került az ápolók tanácsadásának szintje. A legtöbben a jó és a magas tanácsadási szinten helyezkednek el. A megoszlási viszonyszámok alapján összehasonlítottuk a végzettséget és a tanácsadás szintjeit, és kitűnt, hogy a felsőfokú végzettségű ápolók 89 %-a, a középfokú végzettségű ápolók 88 %-a, az alacsony végzettségűek sem sokkal kevesebben (77 %)

adnak magas vagy jó szinten tanácsot. Ezek az adatok nagyon kedvezőek.

Mindezek mellett sok fajta tanácsot írtak az egészségügyi dolgozók, ami mutatja, hogy foglalkoztatja őket a betegek oktatása. Sajnos a szűrővizsgálat fontosságát csak néhány fő jelölte be, pedig a fokozott figyelemfelhívás az aranyérbetegség hátterében húzóó esetleges végbéldaganat korai felismerésében nagyon fontos lenne.

A vizsgálat során tanulmányozásra került az aranyérbetegség családban való előfordulása és az életmódbeli tanácsadás gyakorisága közötti összefüggés. Az ápolók 53%-a nyilatkozott úgy, hogy mindig ad tanácsot a betegnek, ha kiderül, hogy van aranyérbetegsége is. Illeszkedésvizsgálat alapján 5% szignifikancia szinten a próbafüggvény értéke:  $p > 0,3$ , a megengedett szinten összefüggés nem található.

A szakmai végzettség és az aranyérbetegség ápolási folyamat során való fontosságának megítélése tekintetében a „nagyon fontos” kategóriában az alapfokú végzettségű ápolók 45%-a, a „fontos”-ban a középfokúak 50%-a, a „közepesen fontos”-ban a felsőfokú végzettségűek 30%-a jelöltek a legtöbben. Illeszkedésvizsgálat alapján a szakmai végzettség és az aranyérbetegség ápolási folyamat során való fontosságának megítélése között 5% szignifikancia szinten a próbafüggvény értéke:  $p > 0,5$ , a megengedett szinten összefüggés nem található.

A betegség előfordulásának gyakoriságát összesítve tapasztalható, hogy a szülészet-nőgyógyászati 58%, valamint krónikus jellegű osztályon 52% fordul elő a leggyakrabban, a sebészeti 45% és pszichiátriai jellegű osztályokon 44% a legritkábban az aranyérbetegség.

A vizsgált ápolók több, mint háromötöd részének fordul elő a családjában az aranyérbetegség. Ha a megoszlási viszonyszámok alapján, összehasonlítjuk a betegség súlyosságának megítélését és a családban való előfordulást, a legnagyobb értékek a közepesen súlyos kategóriában találhatók. Ha a betegség súlyosságának megítélését saját szemszögből, valamint a beteg szemszögéből, a megoszlási viszonyszámuk alapján a két rangsorkálát összehasonlítjuk, kiderül, hogy az ápolók a saját szempontjuk szerint közepesen súlyosnak vagy súlyosnak, a beteg szempontjából nagyon súlyosnak vagy súlyosnak ítélték meg a betegség által okoz-

zott problémát. Az aranyérbetegség családban való előfordulása és a betegség súlyosságának megítélése között illeszkedésvizsgálat alapján 5% szignifikancia szinten a próba-függvény értéke a megengedett tartományon kívül van ( $p > 0,4$ ), a megengedett szinten összefüggés nem található.

A minta legnagyobb része (69%) szerint a gyógyítás folyamata során az aranyérbetegség kezelésére is kitérnek, ha a betegnek panasza van. A legkevesebben (8%) csak a szövődmények megelőzését tartják fontosnak. Az osztályon való előfordulás és az adekvát kezelés alkalmazásának gyakoriságának összehasonlításából kitűnik, hogy fordított arányosság van köztük. Ahol ritkán fordul elő a betegség, ott kezelik legnagyobb valószínűséggel (77%). Az osztályon való előfordulás és a között, hogy kitérnek-e az aranyérbetegség gyógyítására illeszkedésvizsgálat alapján 5% szignifikancia szinten a próba-függvény értéke a megengedett tartományon belül van ( $0,05 < p < 0,02$ ), a két változó összefügg.

Az ápolók háromötöd része szerint az ápolási anamnézis felvétele során kiderül az aranyérbetegség. A betegség osztályon való előfordulása és az, hogy az ápolási anamnézis felvétele során kiderül-e a betegség, illeszkedésvizsgálat alapján 5% szignifikancia szinten a próba-függvény értéke a megengedett tartományon kívül van ( $p > 0,3$ ), tehát a valószínűség csak 5%, a megengedett szinten összefüggés nem található.

## Javaslatok

A diplomás ápoló szaktudása alapján a gondjaira bízott egyének szomatikus- pszichés- szociális ápolásának, gondozásának tervezését, szervezését, kivitelezését, értékelését és az ápolás dokumentációját végzi. Önálló felelősséggel kiemelt szakápolási feladatokat is végrehajt. Részt vesz az oktatásban, ápolási teamek irányításában és a tudományos kutatásban. A javaslatokat ezen kompetenciakörre alapozzuk.

Minden hajlamosító tényezőt nem lehetséges korrigálni, ezért az aranyérbetegség megelőzése nem lehet teljes. Az öröklött adottságokat, az anatómiai okot nem tudjuk befolyásolni, más hatásokat viszont igen. A statisztikákból megállapítható, hogy

az aranyérbetegség előidézésében gyakorlatilag legnagyobb jelentőségű a székrekedés, amely a helytelen táplálkozás következménye. A székrekedés a legtöbb esetben kezelhető, megelőzhető. A kialakított helyes életmód csökkenti a székrekedésre felírt gyógyszerek számát, ezzel csökken a hashajtó készítményekhez való hozzászokás veszélye. A megfelelő életmód kialakítása csökkenti az egyéb fontos rizikótényezőket, így például a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulását, a rostdús táplálkozás feltehetően csökkenti a vastagbélrák kialakulásának lehetőségét stb. Ezeket az ismereteket már gyermekkortól kezdődően (az életkori sajátosságoknak megfelelően) be kell építeni az egészséges életmódra nevelés programjába.

A korszerű egészségügyi ellátásban a betegek oktatása alapvető követelmény. Az emberek igen nagy érdeklődést mutatnak bajaik oka és kezelése iránt, ezért nagyon hasznos, ha könnyen érthető formában megfogalmazott tájékoztatás áll a rendelkezésükre. Javasolnánk az aranyérbetegségről egyszerű és érthető tájékoztató anyag (pl. poszter, tájékoztató füzetek stb.) készítését, mely tartalmazná a legfontosabb ismereteket: melyek a rizikótényezők, hogyan lehet a betegséget felismerni, kihez fordulhatnak, milyen vizsgálatra számíthatnak, milyen kezelési lehetőségek vannak. Ehhez kapcsolódóan a rizikócsoportokba tartozóknak egészségnevelő, tanácsadó előadások tartását is javasolnánk, szakértők bevonásával. Ez elősegítené, hogy az érintettek rájöjjenek arra, hogy nem szegyélni való a problémájuk, és a megoldásra is van lehetőség.

A média fontos szerepet tölthet be az egészségügyi ismeretek közlésében. Javasolnánk a helyi médiában egészségnevelő előadások adta lehetőségek kihasználását a betegek oktatásában.

A kutatás alapján az egészségügyi dolgozók megfelelő ismeretekkel rendelkeznek az aranyérbetegséggel kapcsolatban, de az ápolási anamnéziséből ez a panasz kimarad, így a betegséggel kapcsolatos speciális ápolási szükségletek megoldásának tervezése és megvalósítása is hiányos, mert nem kerül felismerésre, hogy a betegnek ilyen jellegű panasza van. Javasoljuk az ápolási anamnézis bővítését a székletürítés szükségletének felmérésekor az aranyérbetegséggel és a fennálló panaszokkal kapcsolatos kérdéssel.

Az ápolónak fontos szerepe van az egészségfejlesztésben, a sikeres terápiában és abban, hogy időben felismerésre kerüljenek az aranyérbetegség kialakulásában oki tényezőként jelentős végbéldaganatok. (Murtagh, 1999, Regőczy, Willner, 2008)

Az aranyérbetegségben szenvedő betegek-

nek szervezett egyéni tanácsadás, beszélgetés az együttműködést segítő, így hamarabb fordulnának a problémával orvoshoz. Ezért az ápolók részére ajánlanánk továbbképzés keretein belül a minőségi tanácsadáshoz szükséges kommunikációs tréning szervezését.

### Irodalomjegyzék

1. Ádány, R. (2006): Megelőző orvostan és népegészségtan  
Medicina, Budapest
2. Bázingné, R.E. (2003): Hasmenés és székrekedés diétás kezelése  
Nővér Praxis, 6, 6, 17- 22. oldal
3. Boyd, M.W., Tower, L.B. (1998): Belgyógyászati és sebészeti ápolástan  
Medicina, Budapest
4. Bursics, A. (2007): A végbél leggyakoribb betegségei  
Praxis, 16, 5, 367-372. oldal
5. Dési, I. (1995): Népegészségtan  
Semmelweis, Budapest
6. Dubecz, S., Nagy, Z. (1992): Tanácsok aranyeres betegeknek  
Medicina, Budapest
7. Ewald, G.A., McKenzie, C.R. (1995): Manual of medical therapeutics  
Department of Medicine, Washington University
8. Hebden J., Donnelby M., Rickets M. (2006): Gastrointestinális betegségek  
Elsevier, Toronto
9. Jávori, T. (1994): Székrekedés, az obstrukció megelőzése és kezelése  
Golden Book, Budapest
10. Kiss, J. (2002): Gastroenterológiai sebészet  
Medicina, Budapest
11. Kulcsár, Zs. (2002): Egészségpszichológia  
ELTE Eötvös, Budapest
12. Mészáros, J. (2006): Ápolástani alapismeretek  
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
13. Murtagh, J. (1999): Betegoktatás  
Medicina, Budapest
14. Nagy, A. (2003): Az aranyér betegség kezelése  
Orvosi Hetilap, 144, 41, 2033-2034. oldal
15. Regőczy, T., Willner, P. (2008): Aranyérbetegség napjainkban  
Longo szerinti haemorrhoidectomia.  
Hippocrates, 10, 1, 45-47.
16. Scherer, J.C. (1986): Introductory medical-surgical nursing  
J.B. Lippincott Company, Philadelphia

### Haemorrhoids as a nursing problem

Mengyán, Zs., Raskovicsné Csernus, M.

**Aim of the study:** To assess how much attention nurses pay to the presence of haemorrhoids, how capable they are of recognising the discomforting symptoms, and whether they give advice regarding their alleviation. A further objective was to determine what nursing problems are caused by haemorrhoids, and what correlations exist between the different variables related to this set of problems.

**Methodology and sample:** The sample consisted of nurses working on selected wards (internal medicine, surgical, obstetrics-gynaecology, chronic and psychiatric) at the Pándy Kálmán Hospital in Gyula, Hungary. The testing of the hypotheses took place using a descriptive statistical method, while the examination of the correlations was performed using mathematical statistics.

**Results:** Some 90% of the nurses in the sample have a high level of knowledge, while 73% regard it as important or very important to pay attention to haemorrhoids in the course of their work. Based on a goodness of fit test, there was no correlation between lifestyle advice and the presence of a nurse in the direct family environment, the importance attributed to haemorrhoids and professional qualifications, while a significant correlation ( $0.05 < p < 0.02$ ) was detectable between the detection of the disease and the commencement of its treatment.

**Conclusions:** Health workers have sufficient knowledge and skills related to haemorrhoids, but at the time of taking the nursing anamnesis the question in this regard is not covered, and thus the procedures for determining any special nursing needs related to the disease, as well as the planning and implementation of measures to accommodate them, are inadequate.

# Kábítószeresek használata a fővárosi gyermekotthonok lakói között

Nagy Andrea

vezető asszisztens, Kijáró ügyelet, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház

## Összefoglaló

*A drogfogyasztás az emberi kultúra részeként különböző korokban, különböző célokkal folyamatosan jelen volt és jelen van napjainkban is, azonban egészségügyi, társadalmi következményei századunkban váltak világméretű problémává.*

*A szerző kutatásának célja a különböző szerhasználó magatartások elterjedtségének a bemutatása annak vizsgálatával, hogy a gyermekotthonokban nevelkedő fiatalok milyen arányban kerülnek kapcsolatba kábítószerrel, tudatában vannak-e ezek káros hatásaival és a drog beszerzéséhez megvalósítanak-e deviáns magatartásformákat.*

*A szerző kutatása módszerül az anonim kérdőíves felmérés módszerét választotta három fővárosi gyermekotthon 10–23 éves fiataljai körében.*

*Véleménye szerint a megelőzés az egyetlen olyan eszköz a társadalom számára, amely hatékony fegyver lehet a hazai kábítószer-fogyasztás terjedésének megfékezésére, visszaszorítására.*

## Bevezetés

A drogokkal való világméretű visszaélés az egyik alapvető, súlyos problémája az emberiségnek. A jelenséget kísérő devianciák (bűnözés, erőszak és korrupció) alapjaiban veszélyeztetik a különböző társadalmak politikai és gazdasági intézményrendszerét, értelmetlen veszteségeket okoz emberéletekben, és jelentős környezeti károkhhoz is vezethet – állapította meg néhány éve az ENSZ kábítószerrel foglalkozó bizottsága.

Sajnos, ez az összegző megállapítás napjainkra semmit sem veszített az aktualitásából. Hajlamosak vagyunk elhítni magunkkal, hogy a kábítószerrel kapcsolatos gondok mások gondolatai. A felnőtt korosztály nagyon nehezen akarja elhinni, hogy a kábítószer-veszély, mint globális fenyegetettség, mára már Magyarországon is testközelben érezhető napi valósággá vált.

10–15 éve hazánk még tranzitországnak számított a kábítószer-csempészetben, de ma már egyre inkább célállomás. (Murányi et al., 2000) Igaz ugyan hogy a tranzitszállítmányokból egyre több és több kábítószer marad az országban, de a nagyobb veszélyt jelenleg nem ez jelenti!

Az ismeretek hiánya, a veszélyhelyzet el-

bagatellizálása, az „ártatlan” kíváncsiság, a kipróbálás veszélyeinek semmibe vétele, a könnyelműség – egyebek mellett – ezek azok a körülmények, amelyek a drogok kipróbálása és terjedése irányába hatnak.

A családban előforduló devianciák (rendszeres, nagymértékben történő alkoholfogyasztás, nyugtató vagy altató szedés, droghasználat, öngyilkossági kísérlet vagy befejezett öngyilkosság, pszichológiai kezelés, börtönbüntetés) növelik az illegitim szerek kipróbálásának esélyét. Különösen igaz ez a devianciák halmozódása esetén. (Kurdivics, 2003)

Magyarország illegális drogtörténetének kezdete az 1960-as évek végére, az 1970-es évek elejére tehető. Ekkor jelentek meg ugyanis az első hírek a ragasztózás („szipuzás”) halálos következményeiről.

A különböző kábítószeres jellemzőinek és hatásmechanizmusainak pontos ismerete nélkülözhetetlen azok alkalmazásának korai felismerésben. A „drogkarrier” kialakulásának megelőzésében ezen ismeretek igen nagy jelentőséggel bírnak a társadalom számára. Különös fontossággal bírnak azon segítők, nevelők számára, akik a gyermekvédelem intézményeiben dolgoznak, hogy segíteni tudjanak az ilyen problémákkal küzdő fiataloknak, hiszen az állami gondos-

ködásban élő fiatalok szocializációja sérül a család védő hatásának hiánya miatt, ezért ők fokozott rizikócsoportba tartoznak.

## Elméleti háttér

Lucchini definíciója szerint „...drognak nevezünk minden olyan terméket, amely befolyásolja a mentális működést és ítélőképességet, amelyek fogyasztása tiltott, vagy a nem tiltott anyagok közül, amelyeknek fogyasztása veszélyes és visszaélésre alkalmas, vagy deviáns”. (Rácz et al., 2000)

A törvényi, jogi szabályozás minden társadalomban a droghasználat keretek közé szorítására, kontrollálására szolgál. Tiltja az egyén és a közösség szempontjából veszélyesnek ítélt anyagok terjesztését és fogyasztását, míg korlátozásokkal, de engedélyezi ugyanezt más szerek esetében. Célja, hogy értékeket közvetítsen, normákat és szabályokat rögzítsen, és ezek megsértésének eseteire szankciókat helyezzen kilátásba.

Általánosságban a drog-problémák tárgyalásakor az illegális szerek fogyasztására, illetve a fogyasztás következményeire gondolunk, bár maga a „drog” kifejezés definíciója szerint más, egyébként legálisan beszerezhető szerek (alkohol, dohány, gyógyszer) fogyasztásáról is beszélhetünk.

Illegálisnak tekinthetők mindazon szerek, melyek előállítását, fogyasztását, kereskedelmét törvény tiltja. Legálisnak tekinthetők azok a szerek, melyek törvényes úton beszerezhetők, fogyasztásukat törvény nem tiltja, azonban egészségügyi, szociális, társadalmi következményeiket tekintve a többi droghoz hasonló jelentőségük van. Az egyes szerek legalitása kultúránként más és más elbírálás alá eshet.

Magyarországi viszonylatban a tiltott drogok közé sorolják a cannabis származékokat, opiátokat, amfetaminokat, LSD vagy más hallucinogéneket, cracket, heroint, extasyt, valamint az inhalált szerves oldószereket. A legális drogok között szerepel az orvosi javaslat nélküli nyugtató, altató valamint az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása.

A legális drogfogyasztás mellett hazánkban az 1980-as évektől kezdődően az illegális drogok fogyasztása egyre nagyobb jelentőségűvé vált. A „szipuzás” az 1990-es évekre jelentősen csökkent, elsősorban *javító-nevelő intézetekben*, börtönökben és hajléktalanok körében fordul elő. (Rácz et al., 2000)

### *Az intézményes gyermekvédelem rövid története*

Európa szerte az első árvaházakat a XVII. század elején alapították, de ebben az időben még nem az elhagyott gyermekek védelmének céljából, hanem azért, hogy a társadalom megszabaduljon tőlük.

Az 1604-ben létrejött hamburgi árvaház alapító levelében olvasható: „Azért volt erre szükség, mert a csoportosan csavargó gyermekek annyira elszaporodtak, hogy a felnőttek aludni sem tudtak és komoly emberek nem beszélhettek egymással anélkül, hogy ki ne hallgatták volna őket”.

A felvilágosodás kora találta meg a gyermekvédelem helyes útját, ekkor már az elhagyott gyermekek életének védelme és éretnyes életre történő nevelése volt a cél. Ezt a feladatot elsősorban az egyházak vállalták magukra.

Hazánkban az első árvaházat Nemcsó községben, Vas megyében 1741 előtt hozta létre a protestáns egyház, majd 1749-ben Kőszegen szerveződött az első katolikus árvaház. Az állam által kezdeményezett, intézményes gyermekvédelem a XIX. század második felében vette kezdetét. Az 1877. XX. törvénycikk szabályozta az árvák gyámóságának a kérdését, ugyanakkor a szegény gyermekek védelmét az általános szegényellátás keretébe utalta.

A kapitalizmus előretörésével a századfordulón megnövekedett az elhagyott, nyomorban élő gyermekek száma, mindennaposá vált a könyörtelen gyermekmunka. Ez magával hozta a fiatalkori bűnözés, züllés elterjedését és a gyakori gyermekhalált. Egymás után létesültek menhelyek, lelenházak az elhagyott, csavargó, árva gyerekek részére. 1884-ben javítóintézetet nyitottak meg fiúk számára Aszódon, 1890-ben lányok számára Rákospalotán.

Társadalmi kezdeményezésre 1889-ben alakult meg Magyarországon a Gyermekvédő Egyesület.

1901-ben megszületett az Állami Gyermekvédelem Alaptörvénye, amely kimondta, hogy minden elhagyott gyermeknek – 15 éves korig – joga van arra, hogy az állam felnevelje, az államnak pedig ez kötelessége. Ekkor formálisan a Népjóléti Minisztérium felügyelete alá helyezték az összes árvaházat, gyermekmenhelyet.

1903-ban létrejött az első Állami Lelencház.

A korábbi Gyermekvédő Egyesület utódként 1906-ban alakult meg a Gyermekvédő liga, amely már hatáskörrel és anyagi alappal is rendelkezett.

Az első, majd második világháború kitörése a gyermekvédelmi munkában is érezte a hatását. A hadisegélyezés és a hadiárvaikkal való törődés megnövelte a gyermekvédelem gondjait.

1945-ben megalakult az Állami Gyermekvédő Intézet a fővárosban, mely kialakította a mai nevelőotthoni rendszer alapjait.

1946-ban Hajdúhadházán Dr. Ádám Zsigmond megalapította az első gyermekvárost. Működése nem tartott hosszú ideig, de előképe volt az 1957-ben létesített Fóti Gyermekvárosnak a kor ideológiájának megfelelően átalakítva, működtetve.

Az 1950-es években a cél a közösségi nevelés volt, elkezdődött a nevelőszülői rendszer elsorvasztása, a gyermekvárosok építése, illetve gyermekotthonok létesítése régi nagy kastélyokban. A gyermekek nevelését pedagógus végzettségűekre bízta, és sokáig más szakembert nem is alkalmaztak. A gyermekeket igyekeztek „távol tartani” vérszerinti családjuktól. A gyermekvédelem irányítását az állam vette át, megszűntek az egyházi gyermekotthonok.

Az 1960-as években ismét fejlődésnek indult a gyermekvédelem. Ebben az időben már 120 intézmény szolgált az állami gondozott gyermekek otthonául.

1968-ban indult meg a nevelési tanácsadók hálózatának létrehozása. Lassan körvonalazódott a preventív családközpontú szemlélet is.

A 70-es évek vége felé kezdődött meg a nagy intézmények lebontása, az életkori ta-

goltságú otthonok megszüntetése, a koedukáció a kisebb otthonokban is. A pedagógusok mellett megjelentek a különböző szakelátást végzők, a pszichológusok, logopédusok, család gondozók, majd az utógondozók. (Strausz, 1997)

Az 1980-as évek közepétől jelentősen erősödött az a felfogás, hogy a gyermekvédelmet a személyességen alapuló családokra kell építeni. 1985-1990 között egyre több hagyományos gyermekotthon alakul át kiscsaládos csoporttá, létrejöttek a lakóházas családi csoportok, és újra éled a hivatásos és a hagyományos nevelőszülői hálózat. (Veczkó, 2002)

#### *A gyermekvédelem fogalmi meghatározása*

A legáltalánosabb meghatározás szerint a gyermekvédelem olyan komplex tevékenység, amelynek elméleti alapjait a pedagógiai, pszichológiai, egészségügyi, szociológiai, szociálpolitikai, jogi és igazgatási ismeretek ötvözte adja. Leggyakrabban azt a speciális gyermekvédelmet értik alatta, amely azokra a valamilyen okból veszélyeztetett gyerekekre vonatkozik, akik akár szociális, akár érzelmi vagy más irányú deprivációjuk, testi vagy szellemi fogyatékosságuk miatt szorulnak támogatásra, igényelnek kiemelt figyelmet és segítséget.

A gyermek- és ifjúságvédelem egyúttal széleskörű preventív tevékenység, amely több társadalmi szervezet, intézmény összefogásával, működése által fejt ki megelőző tevékenységet. Célja egyrészt a testi, pszichés és szociális károsodások kialakulásának megelőzése, másrészt a már kialakult problémák kezelése, a veszélyeztető körülmények között élő gyermekek, fiatalok gondozása, felkarolása. (Rác et al., 2000)

#### *A gyermekvédelmi gondozásra leggyakrabban rászoruló csoportok*

– Hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok, akiknek alapvető szükséglet-kielégítési lehetőségei korlátozottak. Családjuk, szűkebb társadalmi környezetük az átlaghoz képest negatív eltérést mutat, elsősorban szociális, kulturális téren (alacsony jövedelmi, fogyasztási szint, rossz lakáskörülmények, a szülők alacsony iskolázottsági, műveltségi szintje).



- Veszélyeztetett gyermekek és fiatalok, akik testi, lelki, értelmi, erkölcsi fejlődését a szülő vagy a gondozó környezet nem biztosítja (a családra, szűkebb társadalmi környezetre jellemző az elhanyagoló nevelés, gondozás, valamint a családban a devianciák halmozott előfordulása, pl. alkohol-, drog-függőség, brutalitás, bűncselekmény).
- Beteg gyermekek és fiatalok, akik valamilyen fejlődési rendellenesség vagy speciális egészségkárosodásuk miatt szorulnak segítségre.
- Fogyatékos gyermekek és fiatalok, akik valamilyen betegség, szervi vagy funkcionális károsodás miatt igényelnek tartós támogatást.
- Nehezen nevelhető gyermekek és fiatalok, akiknek értelmi fejlettsége nem tér el korosztálya átlagától, de valamilyen enyhébb fokú biológiai károsodás és/vagy a kortársakhoz való viszonyában zavar van. Olyan viselkedési rendellenesség, amely a társas viszonyok zavarára épül.
- Szociálisan inadaptált (alkalmazkodási nehézség) gyermekek és fiatalok.
- Deviáns (a kultúrában elvárttól eltérő) viselkedésű gyermekek és fiatalok.
- FI-MO-TA tünetcsoport (FI - Figyelemzavar, MO – Motoros nyugtalanság, TA – Tanulászavar).

#### *Az intézetben élő gyermekek szocializációja*

A családi stimulusok döntő módon befolyásolják a gyermek- és a serdülőkorú szocializálódást és ez által az egyén felnőtt korú személyiségét is. A családjukból kirekesztett vagy kiemelt és intézetben elhelyezett gyermekek másképpen szocializálódnak, mint a családban nevelkedők: a családi intim mikrokörnyezet hatása helyett a nagycsoportos, uniformizált, többé-kevésbé személytelen nevelési feltételek válnak elsődleges élményükké, főként a csecsemőkortól a felnőttéig küszöbéig intézetekben nevelkedők esetében.

A szülőkhöz és a testvérekhez tartozás érzelmeinek változatosságát nem pótolhatja a nevelőkhöz és a társakhoz fűződő alkalmoszerű szeretetkapcsolat. Serdülőkorban, az intézetekben nevelődött gyermek magatartásában egyre gyakrabban tapasztalható,

talható, hogy én-fejlődése infantilis fokon megreked, érzelmei szegényesek, indulati reakciói kiszámíthatatlanok, inadekvátak. (Rácz et al., 2000)

Sajnos az állami gondozás alatt álló kiskorúak jelentős hányadára az jellemző, hogy sorsuk hányatott, s ilyen körülmények között az egy személyhez való kötődés nem jöhet létre. Ha a nevelők gyakran változnak, vagy ha a gyermeket áthelyezik más intézménybe, minden addigi kapcsolata megszakad. Minden környezetváltás megtorpanás a személyiségfejlődésben, ami csökkenti a későbbi kapcsolatok létrejöttének esélyeit, ugyanis a gyermek azzal védekezik a családok és a frusztrációk ellen, hogy nem kötődik mélyebben senkihez, hiszen emlékeiben őrzi régebbi érzelmi kötődéseinek fájdalmas megtörését. (Rácz et al., 2000)

A nevelőotthonokban élő gyermekek elszigeteltsége nemcsak tájékozottságuk és ismereteik rovására megy, de megfosztja őket azoknak az érintkezési formáknak és beállítottságoknak bő repertoárjától is, ami segíti a családban nevelkedő gyermekeket, hogy új helyzetekre és új emberi viszonyokra reagálni tudjanak. Többek között talán ennek is tulajdonítható, hogy az intézetből kilépő fiatalok munkahelyükön rosszul alkalmazkodnak; ismeretlen világgal állnak szemben, hogy a megszokott környezetből kikerülve nehezebben létesítenek kapcsolatot.

A hagyományos nevelőotthon zárt és speciális interakciós teret biztosít, amely nagymértékben eltér a család interakciós terétől. A gyermek személyiségfejlődése szempontjából igen kedvezőtlen helyzet, hogy egyéni akaratát legtöbbször háttérbe szorítja, kevés a lehetősége a választásra, a döntésre, akkor sétál, játszik, pihen, ha a napirend megengedi. Azt eheti, ami az étlapon szerepel, azt a ruhát viszi fel, amit adnak, egyéni kívánságai korlátozottak. Ha egy gyermek születésétől fogva otthonban nevelkedik, akkor nem várható az egyéni életritmus, ízlés, hajlam kialakulása.

Ahogy a serdülőkorhoz közelednek a gyermekek, mind kevésbé tűrik az uniformizált életet, nyugtalanságuk, feszültségük fokozódik, s egyre több gyermeknél adódnak nevelési nehézségek. A feszültségek következtében

intellektuális teljesítményük csökken, az érdeklődéshiány és a figyelemösszpontosítás zavarai miatt osztályt ismételnék, szöknek, csavarognak, aktívan szembeszegülnek az intézeti renddel, a nevelőkkel. A legproblémásabb a leginkább támogatásra szoruló gyermekeket egyik intézetből a másikba helyezik, és a hányódás következtében a fiatal irányíthatatlanná, deviánsná válik. (Rácz et al., 2000)

A nevelőotthonokban a gyerekek nem látják át a felnőttek életét, a pedagógusoknak, gyermekfelügyelőknek csupán az intézeti munkájukat ismerik. Ezért a pubertáskorban lévő gyermekek egyik jellemző problémája a „modellhiányból” is fakad. Én-ideáljuk tartalmatlan. Gyakori, hogy a tévében, moziban látott popsztárookra, színészekre akarnak hasonlítani — ez főleg külsőségekben (öltözködésben, viselkedésben) nyilvánul meg. (Rácz et al., 2000)

## A vizsgálat célja

Az elsődleges cél annak feltárása volt, hogy az állami gondoskodásban élő, társadalmi státuszuk által predesztinált gyermekek milyen arányban használnak illegális kábítószeret, és ehhez kapcsolódóan milyen deviáns magatartást valósítanak meg, különös tekintettel a kábítószer megszerzése érdekében végrehajtott cselekményekre.

## Vizsgálati minta és módszer

Felmérésemet a Fővárosi Önkormányzat három gyermekotthonában végeztem 2008. február-márciusban. Az állami gondoskodásban élő fiatalok közül 100 (71 fiú és 29 leány) nyújtott segítséget a két részből álló, anonim kérdőíves felmérésben, melynek első része 18 zárt és 1 nyitott kérdésből állt. Ez az objektív adatokon kívül (nem, életkor, intézeti elhelyezés időpontja) a családban előforduló alko-

hol ill. kábítószer problémára, a gyermekek alkohollal, dohányzással való kapcsolatára, a kábítószerrel kapcsolatos ismereteire terjed ki.

A második rész 10 zárt és 4 nyitott kérdésből állt. Ebben a fiatalok kábítószer-fogyasztási szokásait, illetve az általuk elkövetett bűncselekmény és a kábítószeresítés esetleges összefüggéseit vizsgáltam.

A kérdőívek kitöltése a gyermekotthonokban, általam végzett személyes interjú keretében történt, minden esetben a résztvevők gyámjának előzetes engedélyével.

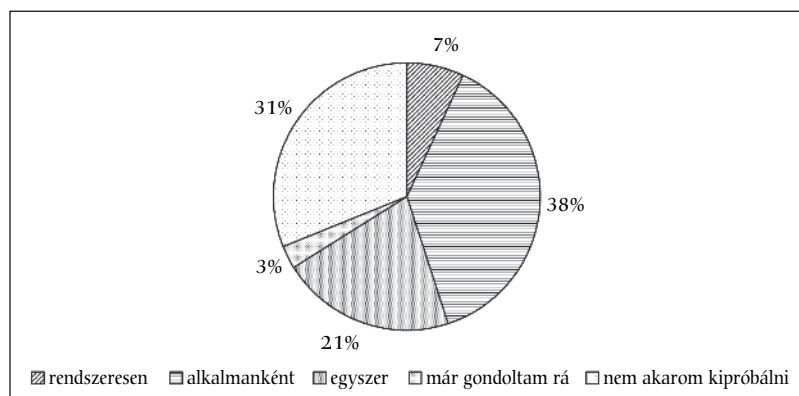
A válaszadás önkéntes volt, annak visszatartásával egy fiatal sem élt.

## Eredmények

A személyes interjúnak köszönhetően minden kérdőív értékelhető volt, így a felmérés adatai 71 fiú és 29 leány válaszait tartalmazták. A vizsgált személyek átlagéletkora 15,9 év, a legfiatalabb 10, a legidősebb pedig 23 éves volt (a 19-23 éves korúaknak lehetőségük van utógondozásban részesülni).

A vizsgálatban részt vett állami gondoskodásban élő fiatalok 66 %-a fogyasztott már életében kábítószeret. (1. ábra) Összehasonlítva a családban nevelkedő hasonló korosztállyal, a gyermekotthonokban lényegesen magasabb százalékban van jelen a kábítószer használat, mint a családban élő fiatalok körében. A Nemzeti Drog Fókuszpont dokumentumában az található, hogy

1. ábra: Kábítószerrel használók aránya a vizsgált mintában, % (n=100)



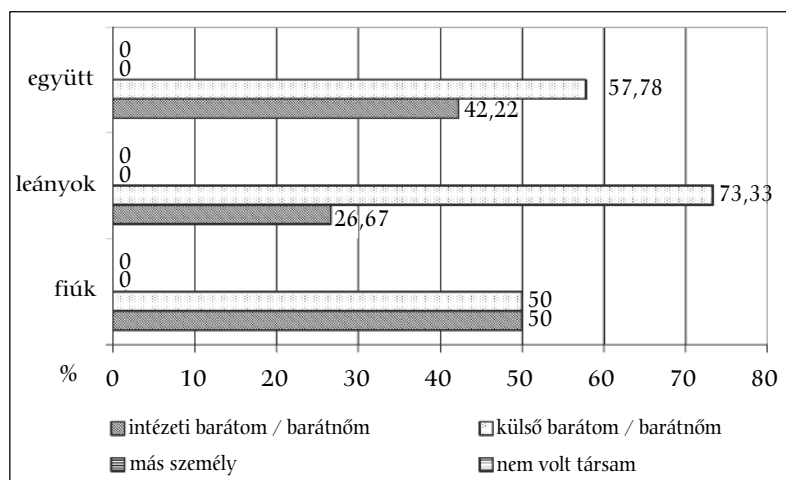
„Ifjúság 2008 kutatás” eredményei szerint Magyarországon a 15-29 éves fiatalok 17%-a próbált élete során valamilyen fajta drogot. (2009-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA<sup>1</sup> számára).

A felmérésben részt vevő gyermekek és fiatalok között a kábítószer használata csaknem négyszerese a magyarországi adatoknak.

A felmérés során kiderült, hogy a leányok és fiúk kapcsolati rendszere lényegesen eltérő. A leányok többsége inkább intézeten kívüli baráttal, barátnővel tart szorosabb kapcsolatot, többnyire velük történt az első kábítószer használat is, az összes droghasználó leány között ennek aránya 73,33%. Intézetben belül pedig lazább kapcsolatot tartanak fenn társaikkal.

A fiúk között sokkal szorosabb együttélést tapasztaltam, közöttük egyenlő arányú (50-50%) a kábítószer az intézetben belüli és a külső baráttal kipróbálók száma. Figyelemre méltó tény, hogy az első kábítószer-használat során senki nem volt egyedül, vagy ismeretlen személlyel. (2. ábra)

2. ábra: Az első droghasználat során jelen lévő társ, % (n=45)



A gyermekotthonokban élő fiatalok 53%-a barátoktól, TV-ből, videó filmek-

<sup>1</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - az Európai Unió kábítószerrel kapcsolatos központi információ-gyűjtő és -szolgáltató szervezete, magyar elnevezése: Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja. (szerk. megj.)

ből, 43% intézeti társaktól, tanároktól, nevelőktől szerzi be a kábítószerrel kapcsolatos ismereteit. Az összes megkérdezett közül 63% azon gyermekek aránya, akik egy vagy két alkalommal már e témában szervezett előadáson vettek részt, egyharmaduk (33%) még soha nem vett részt ilyen programban. Igen csekély (4%) azon iskolák aránya, ahol rendszeresen tartanak drogprevenciós programokat. A kapott válaszokból bizonyítást nyert, hogy elégtelen a drogmegelőzési oktatás, bár kiderült a gyermekek érdektelensége, igényük hiánya is a felvilágosításra. Ez azt is mutatja, hogy nem csak számbeli fejlesztésre lenne szükség, hanem minőségbeli változtatásra is.

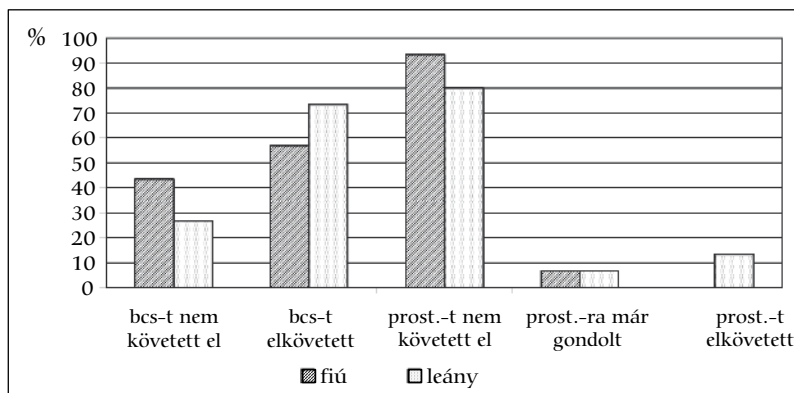
A droggal kapcsolatos problémái megoldásában a gyermekek 54%-a nevelőjétől vár és kap támogatást, és csak 14,28% érzi úgy, hogy senki sincs, aki segítségére lehetne.

Az állami gondoskodásban élő és illegális drogot használó fiatalok 18 éves koruk előtt rákényszerülnek arra, hogy lopjanak, vagy prostitúálódjanak a kábítószer megszerzése érdekében, mert a kábítószer beszerzéséhez szükséges anyagi javakkal nem rendelkeznek. Havi zsebpénzük 5-6.000 Ft., ezért „alternatív” pénzszerzési megoldásokhoz folyamodnak. A felmérésben részt vevő kábítószer használók 22%-a vallja azt magáról, hogy drogszerzés miatt bármire képes lenne. A rendszeresen, illetve alkalmanként droggal élők közül (45 fő) ketten ismerték el, hogy a

kábítószer megszerzése érdekében prostitúciót követnek el.

A felmérésben részt vevők jelentős hányada követett már el bűncselekményt a kábítószer beszerzése érdekében. A fiúk körében a bűncselekményeket elkövetők aránya lényegesen magasabb, mint a leányok között (fiúk: 43,33%, leányok: 26,67%). Az első

**3. ábra: A kábítószer megszerzése érdekében elkövetett kriminális cselekmények (bűncselekmény – bcs; prostitúció – prost.) előfordulásának megoszlása, % (n=45)**



bűncselekményt átlagosan 13-14 éves korban követik el. (3. ábra)

### Következtetések, javaslatok

A világ kábítószer felvevő piacai napjainkra már beálltak valamilyen fogyasztási szintre, a drogmaffia a közép-európai térséggel, mint potenciális felvevő piaccal számol, és meg fogják találni a fizetőképes keresletet. A terjesztők hajlandók lesznek dömping áron is értékesíteni áruikat, illetve „beetetni”- első adag ingyen- a fiatalokat, akik később mindent megtesznek adagjuk beszerzése érdekében. A veszély valós! Meg kell győzni a veszélyeztetett korosztályt a droghasználat következményeinek veszélyeiről, mert nem leszünk képesek útját állni a drogok terjedésének.

A megelőzés tehát az egyetlen eszköz és lehetőség a társadalom számára, amely hatékony fegyver lehet a hazai kábítószer terjedés megfékezésére, visszaszorítására. Az egész társadalomban, de különösen a fiatalokban tudatosítani kell, hogy mik azok a szerek, amik ellen fel kell lépünk, milyen káros hatásuk van az emberi szervezetre, hogyan ismerhetjük fel a drogok jelenlétét, és milyen jogi lehetőségek vannak a társadalom kezében a terjesztők és a fogyasztók megfékezésére.

De ugyanilyen fontossággal bír annak ismerete, hogy mit tehetünk a már narkóssá

vált személyek gyógyítása érdekében.

Véleményem szerint a médiumok — elsősorban a televízió- a jelenleginél sokkal többet tehetnének azért, hogy gyakoribbak legyenek a kábítószer veszélyeit valósághűen bemutató írások, filmek, műsorok. A képi, a filmes megjelenítés, a valóság naturális bemutatása olyan visszatartó erő lehet, amelyet a szavak, az előadások nem pótolhatnak. Azok a megdöbbentő képek, filmrészletek, amelyek a drogosok szenvedéseit, szánalmas állapotát tárják elénk, mély nyomokat hagynak egy-egy megelőzési célú előadás fiatal vagy felnőtt hallgatóiban.

A megelőzésben jelentős szerepe van a rendőri megelőző tevékenységnek is. A rendőrség évtizedek óta tart az iskolákban bűnmegelőzési célú osztályfőnöki órákat. Ezek témája a fiatalkori bűnözés, a szexuális és egyéb súlyos bűncselekmények áldozatává válásának elkerülési, védekezési lehetőségei. Olyan interaktív foglalkozások megtartására van szükség, amelyek célzottan a kábítószer-használó magatartás megelőzését szolgálják.

Elengedhetetlen a pedagógusok célzott felkészítése. Az eddigi tapasztalatok azt igazolják, hogy a fiatalokban megfogalmazott kérdésekre szakszerűen, nyíltan és őszintén válaszolva lehet felkelteni az érdeklődést a téma iránt. Olyan kompetens személytől, aki a kábítószeres kérdéskörét jól ismeri, és hitelesen mutatja be a veszélyeket, komolyabban veszik a fiatalok, mintha másoktól hallanának a drogokról. A diákok döntő többsége megérti „a drogokra mondj nemet” szlogen felszólítás fontosságát.

Az 1992-ben országosan elindult az amerikai megelőzési módszer (D.A.R.E. Drug Abuse Resistance Education elnevezésű, általános biztonságra nevelő program) adap-

tációja, a DADA program, ami a Dohányzás-Alkohol-Drog-AIDS szavakból képzett mozaik szó alapján kapta a nevét. A szavak sorrendje egyúttal az esetleges bekövetkezés időrendje szerint szemlélteti a fiatalokra körülükben jelentkező legnagyobb veszélyeket.

A program elsődleges célja, hogy segítségével a gyermekek képesek legyenek felismerni a veszélyhelyzeteket, meg tudják különböztetni a pozitív és negatív befolyásoló hatásokat, ki tudják számítani döntéseik, cselekedeteik következményeit, eredményét. Ellen tudjanak állni a kortársaiktól érkező negatív hatásoknak, a cigarettával, alkohollal, kábítószerrel való kínálásnak. Megtanít arra, hogy konfliktus- és stresszhelyzeteket e káros anyagok, szerek használata nélkül oldják meg, anélkül, hogy e helyzetekből kikerülve ne érezzék magukat vesztesnek.

Szükség van olyan fiatalok kiképzésére, akik a programban létrehozott kortárs-csoportokban részt vesznek, hiszen tudjuk, hogy ebben az életkorban milyen nagy hatással vannak egymásra a fiatalok. A társak tanácsa, ismerete meghatározó lehet a döntéshozatalban akkor, amikor a gyermek vagy fiatal szembetalálja magát a droggal.

A családban megjelenő alkoholfogyasztás és kábítószer használat, illetve a család hiánya magas kockázati faktornak számít a serdülők egészségmagatartása alakításában. Az alkohol és a nikotin kapudrogoknak tekinthető, használata nagy valószínűséggel vezethet el a tiltott drogok fogyasztásához, ezért elsősorban a társadalomnak a legális szerekkel kapcsolatos attitűdjét kellene átformálni ahhoz, hogy mind a legális, mind az illegális szerek fogyasztása visszaszoruljon.

## Irodalomjegyzék

1. Kurdics, M. (2003): A kábítószer itt van testközelben  
Zsiráf Kft., Budapest, pp. 79-80.
2. Murányi, I., Péntzes, M., Barát, K. (2000): Drog-érték-család  
Észak-Kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület, Nyíregyháza, pp. 20-21, 32-38.
3. Dr.Rácz, J. és munkatársai (2000): A drogkérdésről őszintén  
B+V Lap-és Könyvkiadó Kft., Szentendre, pp. 43.
4. Strauszné Simonyi Erzsébet (1997): Gyermek és ifjúságvédelem  
Comenius Bt., Pécs, pp. 17-56.
5. Veczkó, J. (2002): Gyermek- és ifjúságvédelem  
APC-Stúdió, Gyula, pp. 25-47.

### **Narcotics abuse in children's homes in Budapest**

Nagy, A.

*Drug consumption has been constantly present as a part of human culture throughout the ages, for a variety of purposes, to this day. However, in this century the health and social implications of narcotics abuse have grown to represent a problem on a global scale.*

*The aim of the author's research was to present the prevalence of the various drug-using behaviours, with a study of the proportions in which young people raised in children's homes come into contact with narcotics, whether they are aware of the damaging effects of the drugs, and whether they employ deviant behaviour patterns for the purpose of procuring the substances.*

*The research method selected by the author was an anonymous questionnaire survey of young persons in the 10-23 age group, living in three children's homes in Budapest.*

*In the author's opinion prevention is the only means available to society with the potential to curb the growth in drug consumption in Hungary.*

# Gratulálunk!

**Batthyány-Strattmann László** születésének 139. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter szakmai elismeréseket adományozott.

Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként *Pro Sanitate díj*ban részesült:

**Dr. Gyórfi Ernőné** Vásárosnamény Város Önkormányzata Védőnői Szolgálatának iskolavédőnője

**Kiss Mária Éva** a Fejér Megyei Szent György Kórház ápolási igazgató-helyettese

**Mátyási Erika** az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet főigazgató ápolási helyettese

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

**Csötönyiné Benkő Éva** az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Székesfehérvári, Abai, Enyingi, Gárdonyi Kistérségi Intézetének vezető védőnője

**Piskor Józsefné** a Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház műtős szakasszisztense

**Varga Istvánné** Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények Igazgatósága Lelki Egészségvédő- és Gondozó Intézetének vezető asszisztense

**Zsigmond Józsefné** a váci Jávorszky Ödön Városi Kórház főműtős-helyettese

*Egészségügyi Miniszteri Dicséretben* részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismerésül:

**Berta Attiláné** a Bugát Pál Kórház osztályvezető főnővére, ápolási igazgató-helyettese

**Csik Miklósné** a Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórháza Onkológiai Gondozójának vezető asszisztense

**Horváth Istvánné** a Zala Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályának osztályvezető főnővére

**Horváth Sándorné** a Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház Csecsemő- és Gyermekegyógyászati Osztályának megbízott osztályvezető ápolója

**Katona László** a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jósa András Oktató Kórház Patológiai

ai Osztályának csoportvezető boncmestere

**Kiss Ágnes** a Parádfürdői Állami Kórház Fizio-mozgásterápia részlegvezető főnővére

**Péter Zsuzsanna** a Kanizsai Dorottya Kórház Aneszteziológiai Osztályának vezető asszisztense

**Petercsák Lászlóné** Pálháza Egészségügyi és Szociális Közös Intézmények területi védőnője

**Szabó Mária** a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának osztályvezető ápolója

**Szedmák Józsefné** a hatvani Albert Schweitzer Kórház Csecsemő- és Gyermekegyógyászati Osztályának vezető főnővére

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

**a Budapest, XIII. kerületi Egészségügyi Szolgálat Közhasznú Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság Egnapos Sebészetének kollektívája:** Dr. Iring András vezető főorvos, Dr. Gergely Zoltán anaeszteziológiai szakorvos, Wallandt Zsuzsanna

esetmenedzser, Bódis Beáta asszisztens, Veres Lászlóné műtősasszisztens, Tóth Andrea műtősasszisztens, Kégl Istvánné anaeszteziológiai asszisztens, Erdősné Putnoki Katalin ápolónő, Horváth Mária ápolónő, Berta Gyula műtőssegéd, Csete Ferenc műtőssegéd

**a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. számú Sebészeti Klinika Intenzív Terápiás Osztályának munkacsoportja:** Prof. dr. Darvas Katalin osztályvezető orvos, Dr. Tarjányi Mária

aneszteziológus orvos, Dr. Ruzsvánszky Kocsis Ildikó klinikavezető főnővér, Kollárné Túri Zsuzsanna osztályvezető főnővér, Vanyova Kitti szakápoló, Magherusan Andalúzia szakápoló, Ferkai Anita szakápoló, Csuka Rolandné szakápoló

**a Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház Nonprofit Zrt. Csecsemő- és Gyermekegyógyászati Osztály Hematológiai Részlegének munkacsoportja:** Dr. Máté Péter főorvos, Dr. Bárdi Edit adjunktus, Fazekas Norbertné csoportvezető diplomás ápoló, Radó Istvánné diplomás ápoló, László Rita általános asszisztens, Vargáné Rauch Edit gyermekápoló

# Példa(kép) – avagy az ápolók egészségmagatartása

Tóth Zsuzsanna

oktató, Fejér Megyei Szent György Kórház

## Összefoglaló

**A vizsgálat célja:** Az ápolónak egészségnevelő tevékenysége során lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Ennek egyik leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás. Ezért a szerző saját munkahelye ápolóinak egészségmagatartását vizsgálta, és azt, hogy ezzel mennyire hitelesek munkájuk, egészségnevelő tevékenységük során.

**Vizsgálati módszerek és minta:** A kérdőíves felmérésre a székesfehérvári Szent György Kórház fekvőbeteg osztályain dolgozó ápolók körében került sor. A 200 db kiküldött kérdőívből a visszaérkezett és értékelhető volt 141 db. Az eredményeket a szerző a leíró statisztika módszerével dolgozta fel.

**Eredmények:** A vizsgálati eredmények birtokában bebizonyosodott, hogy az intézményben dolgozó ápolók egészségmagatartása nem megfelelő, ezért egészségnevelő tevékenységük nem hiteles.

## Bevezetés

Az emberek egészsége ma már jórészt nem az egészségügyi ellátástól függ, hanem attól, hogy ők mit tesznek saját magukért. A megfelelő egészségi állapot fenntartása nagymértékben tudatos törekvés és erőfeszítés eredménye, hiszen a személy nem pusztán passzív elszennvedője azoknak a körülményeknek, amelyek közt jól vagy rosszul érzi magát, hanem – kisebb-nagyobb mértékben – megteremtője is.

Az egyén felelősségét és egyben lehetőségeit mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a leggyakoribb korai halálhoz vezető betegségek (például szív- és érrendszeri betegségek) kockázatát tudatosabb egészségmagatartással csökkenteni lehet.

Az egészségmegőrzés szempontjából legfontosabb szerepe az életmódnak van. A magyar lakosság életmódja ma olyan, amely nem alkalmas az egészségmegőrzésre és a hosszú élettartam biztosítására. A népegészség helyreállítása, amelyben az ápolók részvétele nélkülözhetetlen, nem könnyű feladat.

Az ápolók egészségnevelési munkájának célja az egészségmegőrző magatartás javítása, az életmód helyes irányba terelése. Az ápolónak egészségnevelő tevékenysége során lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az

egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Ennek leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás.

Az ápoló csak akkor lehet példakép, ha saját egészségéért mindent megtesz, a rizikófaktorokat megszünteti, vagy minimalizálja, mert az általa közvetített információkat hitelesnek a páciens csak így fogadja el, és illeszti be a saját normarendszerébe.

## A kutatás célja

Az ápolói hivatás mintaszerű magatartásformát követel meg gyakorlótól, hisz „A példa a leghatékonyabb tanítók egyike, noha szótlannul tanít” (Smiles).

Kutatásomban a következőkre kerestem a választ: Lehetünk-e példaképek? Megfelelünk-e ezen modell szerepünknek? Mennyire vagyunk hitelesek? Elfogadjuk-e – önmagunkra nézve is kötelezőnek – mindazokat az egészségmegőrző, betegségmegelőző magatartásformákat, melyeket betegüknek javasolunk? Milyen az ápolóink egészségmagatartása?

## Minta és módszer

A vizsgálat Székesfehérváron, a Fejér Megyei Szent György Kórházban készült. Az adatgyűjtéshez önkitöltéses kérdőívet alkal-

maztam, amely a kórház fekvőbeteg osztályain dolgozó ápolók körében véletlenszerűen került kiosztásra. A vizsgálatban való részvétel önkéntes, anonim módon történt. A 200 db kiosztott kérdőívből a visszaérkezett és értékelhető volt 141 darab volt. A kérdőív 35, többségében zárt kérdést tartalmazott, amelyek az alábbi kérdéscsoportokból álltak: demográfiai, társadalmi helyzetre vonatkozó, munkavégzéssel kapcsolatos, egészségi állapot értékelése, betegmagatartásra vonatkozó, egészségmegőrzésre irányuló, életmódra vonatkozó, egészségnevelő tevékenységgel kapcsolatos kérdések.

Jelen közleményben csak a kérdőív egyes részeinek válaszait dolgoztam fel. Az adatokat a leíró statisztika módszerével elemeztem.

## Eredmények

### Összefoglaló demográfiai adatok

A megkérdezett ápolók 34%-a 30–39 év, 32%-a 40–49 év közötti korosztályt képviselte. Kevésnek mondható a 21–29 év közöttiek 21%-os aránya, mely jól jelzi az ápolói pálya nem túl vonzó presztizsét a mai fiatalok körében. 13 % volt az 50–59 év közöttiek aránya.

A szakma társadalmi-történeti sajátosságait jól tükrözi az ápolók igen egyenlőtlen nemű megoszlása: nő 98%, és férfi csupán 2%. Végzettség szerinti megoszlást tekintve legnagyobb részük, 69% középfokú (gimnázium, szakközépiskola) képesítéssel rendelkezett. A szakiskolát végzettek száma 16%, mely majdnem megegyezik a felsőfokú 15 % végzettségűek számával.

### Életmód, egészségmegőrzés az ápolók körében

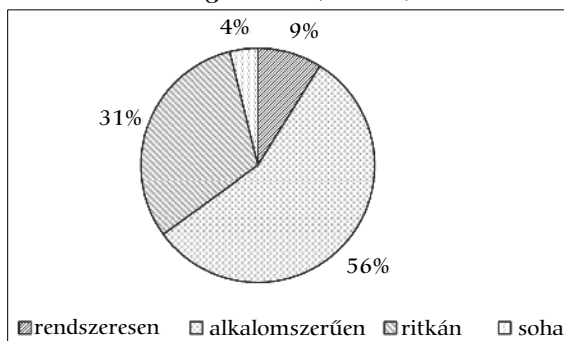
A dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz: meghatározó szerepet játszik a szívbetegségek, az agyi érbetegségek, légcső- és tüdőrák kialakulásában. Mindezek tudatában a megkérdezett ápolók 43%-a dohányzik. A dohányosok 44%-a napi 1 doboz cigarettánál többet szív el. Az igen nagymértékű dohányzást összefüggésbe lehet hozni az ápolói munkából adódó fokozott feszültséggel, melyet megpróbálnak ezzel az eszközzel oldani, csökkenteni. Ez az adat valószínűsíti

azt is, hogy az ápolók nem rendelkeznek megfelelő stressz kezelő módszerekkel!

Táplálkozási szokásait 39 % megfelelőnek, 47 % rendszertelennek ítélte. 10% egyéni étrendet követ, 4% „egyoldalúnak” tartotta. A rendszertelen táplálkozásért egyrészt az ápolók váltakozó műszakbeosztása, másrészt túlterheltségük okolható.

A rendszeres testmozgás karbantartja az izomzatot, keringést, testsúlyt és elengedhetetlen a kellemes közérzet fenntartásában. Az ápolóinknak csupán 9%-a végez rendszeres testmozgást, a legtöbb alkalomszerűen mozognak 56%, ritkán 31%, soha 4%. (1. ábra)

1. ábra: A testmozgás gyakoriságának megoszlása (n=141)



A rendszeres mozgást végzők közül a többség jónak és kiválóan minősítette egészségi állapotát. Megállapítható tehát, hogy a rendszeres mozgástevékenység erősen javítja az egészségi állapot önértékelését.

A pihenés, regenerálódás fontos a megfelelő testi és pszichés kiegyensúlyozottság eléréséhez. A váltott műszakban dolgozóknál még hangsúlyosabb a megfelelő pihenés biztosítása. Az erre fordított idővel a megkérdezettek csak 23%-a elégedett. A megkérdezett ápolók többsége, 39%-a rendszertelennek, 38%-a kevésnek tartotta pihenését. A pihenésükkel elégedettek 64%-a állandó délelőtti műszakban dolgozott.

A szabadidő rendeltetése, hogy az egyén kikapcsolódjon, a munkavégzésnél felhalmozódott feszültséget csökkentse, és regenerálódni tudjon. Legmegfelelőbb, ha ezt aktív formában gyakorolják, az ápolóknak viszont csak 30%-a tesz így. Magas a passzív elfoglaltságot választók száma, 42%, és különböző okokból, elsősorban idő híján egyáltalán nem élhet a szabadidő adta lehetőségekkel 28%.



Az ideális testsúly fenntartása szintén tudatos erőfeszítéseket kíván: rendszeres testmozgást, megfelelő táplálkozást, aktív szabadidős tevékenységeket stb. Az ápolók 29%-a tartotta ideálisnak testsúlyát, 6% sovány testalkatú. A válaszadók többsége (38%) 5-10 kg súlyfelesleggel bír. Jelentős a 10-15 kg plusszal (15%) és a 15-20 kg felesleggel bírók (8%) aránya. 20 kg-nál is több túlsúllyal bír 4%.

Összehasonlítottam a 15 kg-nál több túlsúllyal rendelkezők adatait (17 fő) a mozgásra, táplálkozásra, szabadidős tevékenységre adott válaszaikkal. A következő eredményeket kaptam: rendszeresen csak 2 fő mozgott, 10 fő rendszertelennek ítélte táplálkozását, aktív szabadidős tevékenységet 6 fő végzett. Tehát a jelentős túlsúly felhalmozása egészségtelen életmódjukkál szorosan összefüggésbe hozható.

### Az ápolók betegmagatartása

A betegségek megelőzésének, idejében történő felfedezésének legalapvetőbb követelménye az egyén megfelelő betegmagatartása. Fontos, hogy rendszeresen ellenőriztesse egészségi állapotát, saját testi tüneteire odafigyeljen, és ha rendelleneset észlel, azonnal keresse fel kezelőorvosát. További fontos szempont az is, hogy az egészségügyi szolgálattal együttműködjön, és mindent megtegyen egészsége mielőbbi helyreállításáért.

Az ápolók nagy része csak panasz esetén (59%) vagy később, ha nem javul állapota (23%) fordul orvoshoz.

Ha rosszabbodik az állapota, tehát még később, 15%. A „soha” kategóriát jelölte meg 3%.

A következő kérdés az elrendelt terápia betartására, az egészségügyi szakemberekkel való együttműködésre vonatkozott: 57% együttműködik a saját betegsége esetén, 39% csak „általában” működik együtt, és 4% jelezte, azt, hogy nem működik együtt.

Ezek az eredmények jól szemléltetik, hogy az ápolók betegmagatartása nem

megfelelő, későn fordulnak orvoshoz és a terápia során sem tanúsítanak megfelelő együttműködést.

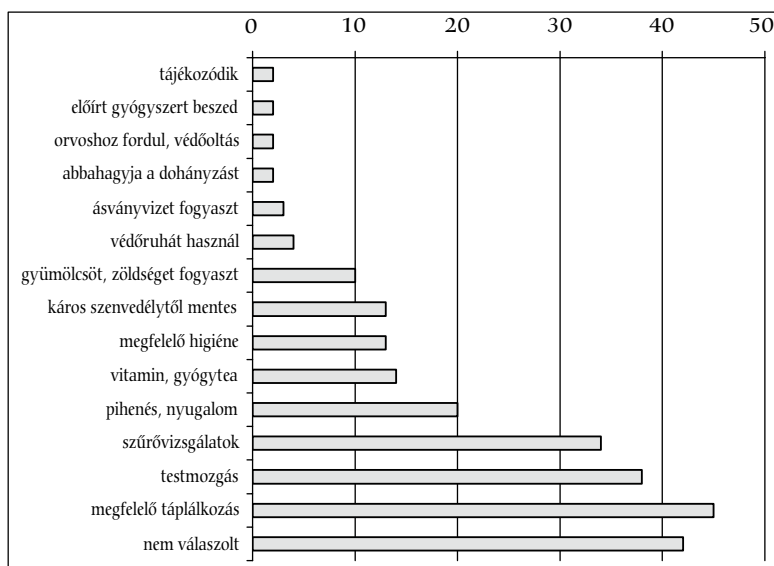
A rendszeres szűrővizsgálatok kontrollálják az egészségi állapotot és elősegítik a betegségek korai felismerését. A szűrés fontosságát 98% ismerte el. A különböző szűrővizsgálatok látogatásának gyakoriságára vonatkozó eredmények a következők: a legrendszeresebb részvétel a tüdőszűrő (98%) és a vérnyomás vizsgálatokon (72%) mutatkozott. A legritkábban látogatott szűréseknek a fogorvosi (27%) és a laborvizsgálat (26%) bizonyultak. Magas a méhnyakrák szűrést elhanyagolók aránya, 16% csak ritkán megy el. A mellrákszűrésen rendszeresen részt vevők száma (64 fő) az életkori sajátosságokat figyelembe véve reálisnak mondható.

A szűrések legegyszerűbb, legolcsóbb és mindenkor kivitelezhető formája az önvizsgálat, mely az önmagunkra való odafigyelés legalapvetőbb megnyilvánulása. A megkérdezettek 57% havonta él ezzel a lehetőséggel, fél évente 26%, évente 14% és soha 3%.

### Az ápolók saját egészség-megőrzési tevékenysége

Ahhoz, hogy egészségünk minél tovább fennmaradjon, mi magunk tehetünk a legtöbbet. Nyitott kérdés formájában kértem az

2. ábra: Az ápolók válaszainak megoszlása a saját egészségük megtartása érdekében végzett egészségmegőrző aktivitás módjára vonatkozóan (n=141)



ápolókat, hogy soroljanak fel három olyan dolgot, melyet saját egészségmegőrzésük érdekében tesznek.

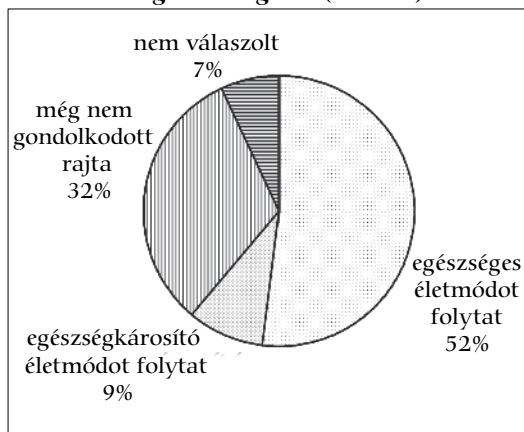
Nem élt a válasz lehetőségével 30%, valószínűleg ők nem is tesznek semmit egészségmegőrzésük érdekében.

Aválaszadók leggyakrabban említett egészségmegőrző aktivitásai: megfelelő táplálkozás 32%, testmozgás 27%, a szűrővizsgálatokon való rendszeres részvételével 24%. A válaszok megoszlását a **2. ábra** szemlélteti.

A továbbiakban arra kértem az ápolókat, hogy ítélik meg saját egészségmegőrző tevékenységük megfelelőségét.

A megkérdezettek 52%-a vallotta azt, hogy egészséges életmódot folytat, az egészségkárosítást csupán 9% vállalta fel. Még nem gondolkodott ezen a kérdésen 32%. A nem válaszolók aránya 7%, vélhetően ők a témával kapcsolatosan teljesen érdektelenek. (**3. ábra**)

**3. ábra: Az ápolók megítélése saját egészségmegőrző tevékenységük megfelelőségéről (n=141)**



### **Az ápolók egészségnevelő tevékenysége**

Az egészségnevelés az ápolói munka önálló feladatai közé tartozik. Munkája során rendszeresen 49% és alkalomszerűen 40% végzi ezt a feladatot. Ezt a tevékenységet nem gyakorlók közé sorolta magát 11%.

Ahhoz, hogy az ápolók egészségnevelőként is aktívak legyenek, fontosnak, szükségesnek kell tartaniuk ezt a tevékenységet. A megkérdezettek 96%-a szükségesnek ítélte ezt a munkát, nemmel 4% válaszolt.

## **Összefoglalás**

A vizsgálat kapcsán arra kerestem a választ, hogy milyen az ápolók egészségmagatartása, s ezzel mennyiben szolgálhatnak követendő mintául betegeik számára. Az eredmények értékelése során meggyőződttem arról, hogy az ápolók egészségmagatartása nem felel meg az egészséges életmód, életvitel feltételeinek. Ezen feltételezésemet a következő vizsgálati tények támasztják alá: az ápolók nagy része (43%) dohányzik, elenyésző része (9%) mozog rendszeresen, passzívan tölti szabadidejét 42%, rendszeretlenül táplálkozik 47%, keveset pihen 39%, és súlyfelesleggel küzd 65%. Tehát az ápolók életmódja, egészségmagatartása nem szolgálja egészségük fenntartását, megőrzését, sőt, kedvez a főbb halálteki betegségek kialakulásának.

Egészségük megőrzéséért keveset tesznek az ápolók, a kötelező mellkas szűrés kivételével a szűrések nagy részén nem vesznek rendszeresen részt, későn fordulnak orvoshoz, és a terápiák során sem tanúsítanak megfelelő együttműködést. Saját egészségmegőrző tevékenységéről még nem gondolkodott 32%, magas volt azoknak az aránya is, akik semmit nem tettek egészségük megővése érdekében 7% (a nem válaszolók csoportja).

Ez jól mutatja azt a tényt, hogy a saját egészségnek, mint megőrzendőnek, nincs nagy értéke, s az egészség értékjellege nem áll az öt megillető első helyen. Értékrendszerünk viszont befolyással van mindennapi magatartásunkra.

További gondot jelent, hogy az ápolók saját egészség-megőrzési tevékenységüket nem reálisan ítélik meg. A magukat egészséges életmódot folytatóknak megjelöltek közül 19% dohányzik, 20% rendszertelenül táplálkozik, 60% rendszertelenül pihen, testmozgást ritkán végez 23%. Szabadidős tevékenységüket tekintve 37% passzív elfoglaltságot űzött és egyáltalán nem jutott erre ideje 15%-nak.

Ez az ellentmondás optimista önbecsapást sejtet (nem akar szembenézni saját „hibáival”). Pedig a rizikótényezőkhöz való viszonyulás kulcskérdés az egészségfejlesztésben. Ennek az „önbecsapásnak” abban van nagy jelentősége, hogy az egyénben nem tudatosul saját veszélyeztetettsége, és ezért nem jut el az életmód változtatás, az egészségfejlesztés-

tés gondolatáig sem (mely a viselkedés, magatartás-változtatás alapvető eleme).

Az előzőekben ismertetett tények után nyilvánvaló, hogy az ápolók egészségmagatartása nem felel meg sem saját egészségük megőrzésének, sem a pozitív példaképet betöltő szerepnek. Ezért egészségnevelési tevékenységük hiteltelen, ami a tevékenység alacsony hatásfokát eredményezi.

## Javaslatok

A legfontosabb a szemléletbeli változtatás szükségessége: az egészség elsődleges érték jellegének elfogadtatása, tudatosítása. Egy pozitív alapszemlélet, az egészséget értéként való felfogás, jelentősen hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyének meg tudják változtatni az egészségüket veszélyeztető magatartási mintáikat.

Az életmód fogalmának tisztázására, reális megítélésére tett erőfeszítések legalább ennyire fontosak, hisz ez hatással van a magatartásra, arra, hogy mit akarok elérni, akarok-e egyáltalán változtatni, fejleszteni ezen.

Az egészség veszélyeztetése szempontjából magas rizikójú magatartási minták feltekerése jelenti a következő lépcsőfokot a helyes egészségmagatartás kialakításában. Ezek megállapítása szolgálja az alapot a preventív stratégiák, egészségfejlesztési programok kidolgozásában.

Az egészségvédő tevékenység költségmegtakarító természete komoly gazdasági tényezőnek tekinthető a munkáltatók szemszögéből, ugyanakkor a munkahely kedvező helyszín lehet a tudatos egészségfejlesztési programok számára.

A munkahelyi egészségfejlesztés tudatos, a helyes egészségmagatartást szolgáló intézkedések és akciók halmaza. Az erre fordított kiadások a kórház humán erőforrástökéjébe vetett potenciális befektetést jelent, aminek megtérülése költség – hatékonysági elemzésekkel mérhető. Mindez rövid távon, az alkalmazott egészségmagatartásának és egészségállapotának a javulását tükrözi (hozzáállása javul), mely hosszú távon a munkahelyi hiányzás, az alkalmazotti munkamorál és a munkával való elégedettség mutatóiban is érvényre jut.

Bizonyosságot nyert, hogy a fittség, a fokozott fizikai aktivitás, a dohányzás és a

testsúly csökkentése a munkahelyi egészségnevelés, egészségfejlesztés eredménye. Tehát a kórházak menedzsmentjének, a fent említett tényezőket figyelembe véve felelősséget kell vállalnia a dolgozók jólétéért, támogatniuk kell az ápolók egészségmegőrzését célzó programok létrejöttét.

A mintában szereplő ápolók esetében a következő közösségi diagnózisok esetében van erre nagy szükség: dohányzás magas aránya, stressz-kezelési problémák, mozgáshiány, táplálkozási zavarok, jelentős túlsúly.

A dohányzást csökkentő program hatékonyabb megvalósítását szolgálja a kórház teljes területén bevezetett dohányzási tilalom. Szponzorok megnyerésével (gyógyszergyár: leszokást segítő tapaszt, utazási irodák), pályázati források segítségével, legalább 6 hónapos időtartamú dohányzásról leszoktató akció megszervezése is sikereket eredményezne.

A stressz-kezelés problémáját jól tükrözi a dohányzók magas aránya, a jelentős túlsúly megléte (mivel az éves jelenti sokak számára a szorongás oldásának legjobb módszerét). Ezért szükségesnek tartom a stressz-kezelési módszerek munkahelyi oktatását, tréningjét, s ezen ismeretek tananyagként való bevezetését az ápolóképzésben.

Az elmúlt időszakban kórházunkban több alkalommal került sor „Stresszkontroll” című tréningre a szakdolgozók körében, mely nagy érdeklődés mellett, sikerrel zajlott.

A táplálkozási zavarok javítását szolgálja dietetikusaink által vezetett diétás szaktanácsadás, melyet dolgozóink bármikor igénybe vehetnek. Ezt a célt szolgálja a munkahelyi ebédhez bevezetett müzli szelet, gyümölcs is. Az egészséges táplálékok minél szélesebb körű megismerését szolgálja a kóstolással egybekötött egészségvásárok rendezése kórházunkban. A nagy ápolói leterheltség miatt sokszor nem jut idő az üzemi étkezés igénybevételére, ennek biztosítására hatékonyabb munkaszervezésre volna szükség.

A mozgáshiány csökkentése érdekében tett intézkedéseink: ingyenes sportolási lehetőséget biztosítunk gyógytornászaink vezetésével a fizioterápiás részlegünk tornatermében, hetente 2 alkalommal. Szükség lenne még sportnapok és közös kirándulás szervezésére, dolgozóink aktivizálásának érdekében.

Végezetül, szükség van a munkahelyi egészségmegőrzés koordinálására, ellenőrzé-

sére, melyet egészségfejlesztő mentálhigiénikus végzettségű munkatárs tudna legeredményesebben végezni.

Tudatában vagyok annak, hogy a fizikai és pszichés leterheltség sok ápolót hátráltat egy egészségesebb életmód megvalósításában. Ugyanakkor a példamutatás szükséges eleme a napi tevékenységüknek, így meg-

kerülhetetlen, hogy az ellátott betegeknek, és a közösségnek, amelyben élnek, pozitív felfogást, értékeket közvetítsenek. „A nővér ma még betegápoló, de eljön az idő amikor egészségápoló lesz!” (F. Nightingale) és hogy ez minél előbb bekövetkezzen, mi ápolók, példamutató egészségmagatartással tehetünk a legtöbbet!

## Irodalomjegyzék

1. Csépe, P., Lázár, I.(2001): A munkahelyi egészségnevelés és egészségmegőrzés kérdései. Egészségnevelés, 42. pp. 65-69.
2. Ember, I. (2003): A, prevenció elvei, gyakorlati megvalósítása és nehézségei. Egészségtudomány 47. pp.4.
3. Forgács, I. (1995): Népegészségtan. HIETE., Budapest
4. Forgács, I.(1998): A preventív egészségügy kihívásai az ezredfordulón. LAM, 8(12), pp. 854-858.
5. Jennie, N., Jane W.(1999.): Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok, Medicina
6. Légrádi, L.(2001): Az egészségmegőrzés nehézségei, Egészségnevelés, 42. pp. 134-136.
7. Mata, Zs.(2002): Egészségfejlesztés az ápolásban I., Nővér, 15/5.
8. Mata, Zs. (2003): Egészségfejlesztés az ápolásban II. Nővér,16/5.
9. Meleg, Cs. (1997): Életminőség: egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, Új Pedagógiai szemle, 6
10. Mészáros, J. , Simon, T. (1994.): Egészségnevelés, Nemzeti tankönyvkiadó
11. Pikó, B.(1996): Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei, LAM, 6. pp. 474-477.
12. Pintér, A. (2000): Egészségvédelem, egészségmegőrzés, prevenció, Budapesti közegészségügy 32/4. pp. 400-402.
13. Ratalics, Á.(2002): Az egészségfejlesztés fogalmának változása Magyarországon, egészségfejlesztési programok tervezése és megvalósítása, Egészségnevelés, 43. pp. 89-91.
14. Várnai, D.(2002): Munkahelyi egészségfejlesztés – „Mozdulj ÁNTSZ” akció, Egészségnevelés 43. pp. 212-218.
15. Vingender, I.(2004): Egészségszociológia, SOTE-EFK, Budapest
16. Urbán, R.(2001): Útban a magatartás-központú egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése, Magyar Pszichológiai Szemle, LVI. 4. pp. 593-622.

### Setting an example – the health conduct of nurses

Tóth, Zs.

**Aim of the study:** *In the course of their health education work, nurses have an opportunity arise to assist the individual in assimilating forms of conduct that serve to protect health and reduce risks. One of the most effective methods of doing this is the setting of a personal example. For this reason, the author surveyed the health conduct of nurses in her own workplace, and the extent to which they come across as credible in the course of their work and health education activities.*

**Methodology and sample:** *The questionnaire-based survey was conducted among nurses working at the inpatient wards of the Szent György Hospital in Székesfehérvár, Hungary. From the 200 questionnaires distributed, a total of 141 were returned and suitable for analysis. The author processed the results using descriptive statistical methods.*

**Results:** *In the light of the survey results, it is clear that the health conduct of the nurses working in the institution is not satisfactory, and thus their health training activities lack the necessary credibility..*

# Az ápolók motivációja intézményünkben

**Bálint Anita**

osztályos vezető főnővér, Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft

## Összefoglaló

**A vizsgálat célja:** a szakdolgozók motivációinak feltárása.

**Módszer:** anonim kérdőíves felmérés. A kérdések arra vonatkoztak, hogy a kórházban dolgozó ápolók miként vélekednek hivatásukról, mennyire elégedettek helyzetükkkel, felmerült-e bennük a pályaelhagyás gondolata.

**Eredmények:** A felmérésben részt vett ápolók többsége elhivatottságból választotta ezt a pályát, de jelentős hányaduk más szakmát választana, ha most kezdené pályafutását, hiszen véleményük szerint nincs megbecsülve ez a hivatás sem erkölcsi, sem szakmai, sem anyagi szempontból. Munkájuk során mégis arra törekednek, hogy a lehető legjobb teljesítményt nyújtsák a betegek érdekében.

**Következtetések:** A vizsgálatok eredményeinek összegzésekor ismét nyilvánvalóvá vált, hogy a kutatásban résztvevő szakdolgozók hivatástudata megfelelő, azonban az egyidejű belső és külső motiváció elengedhetetlen a színvonalas és sikeres betegellátáshoz.

„Olyan munkahelyi környezetet kell teremteni, amelyben az ott dolgozók ve-lünk, önmagukkal és egymással össz-hangban tevékenykednek és hisznek ab-ban, hogy a csoportérdekek mellett saját szükségleteiket is kielégíthetik.”

(D. H. Weiss, 1990)

## Bevezetés

Magyarországon az egészségügy évek óta jelentős változásokon megy keresztül. Ez természetesen befolyásolja a szakdolgozók helyzetét is. Az egészségügyi ellátó rendszerben meglévő problémák következtében a szakdolgozók nem érzik biztonságban a munkahelyüket. Az egyre nehezedő anyagi feltételek között sérülnek a személyi és tárgyi feltételek, és nem mindig tudunk minőségi ápolást végezni. A probléma összetettségét mutatja, hogy az egészségügyi ágazatban tapasztalható bérek mind inkább elmaradnak más ágazatok béreitől, miközben jelentős a fizikai megterhelés mellett a lelki és szociális terhelés is.

Azt gondolom, hogy a szakdolgozók pályán tartása a mostani helyzetben az egyik legnehezebb feladat. Ahhoz, hogy a dolgozók jól érezzék magukat a munkahelyükön, motiváltnak, elégedettnek kell lenniük. A vezetőknek tehát olyan megoldásokat kell találniuk, amivel motiválhatják, ösztönözhetik a dolgozókat.

## Szakirodalmi áttekintés

A motiváció a XX. század eleje óta ismert fogalom, bár lényegi vonatkozásaival és az emberi viselkedést kutató, magyarázó kérdésekkel már az ókori tudósok is foglalkoztak. A XVII. században a viselkedést a szabad akarattal és az ésszerűséggel magyarázták. Később, a XIX. század elején Darwin szerint a legfőbb motiváló erő a túlélés.

McDougall összességében az ösztönöket nevezte a viselkedés alapvető meghatározóinak.

Woodworth volt az első pszichológus, aki a „drive” kifejezést használta, mint minden cselekvésre készítő belső tényezőt. A motiváció tartalomelméletei közül a leghíresebb Maslow szükségletpiramisa, amely az alapvető biológiai szükségletektől terjed az összetettebb pszichológiai motivációkig, ám ezek csak akkor válnak fontossá, ha az alapvető szükségletek már kielégülést nyertek. A szükségletek tehát egymásra épülnek, az egyik szint kielégítése a következő szint motivátor-ként való fellépését jelenti. Elmélete szerint a kielégített szükséglet nem motivál többé.

Frederick Herzberg 1966-ban dolgozta ki a munkahelyi motivációra vonatkozó legismertebb elméletet. Eszerint a munka-megelégedettséggel kapcsolatos tényezők nem ugyanazok, mint az elégedettséget kiváltók, vagyis más tényezők hatnak a dolgozók munkával való elégedettségére, mint a motivációjukra. Ennek megfelelően két tényezőcsoportot

különböztetett meg, ezért nevezzük elméletét kéttényezős modellnek. Az egyik csoport az úgynevezett higiénés tényezőket (közvetlen munkafeltételek, a fizetés nagysága, a munkavégzés biztonsága, illetve a közvetlen vezetővel, a munkatársakkal és a beosztottakkal való kapcsolat minősége, kommunikáció, a kivívott státusz), míg a másik csoport a motivátorokat (az elismertség, az előmeneteli lehetőségek, a nagyobb felelősség, a személyes fejlődés vagy a munka tartalma, érdekessége) foglalja magába.

David McClelland 1961-ben dolgozta ki a tudatalatti motívumok elméletét, amely szerint az emberi cselekvést részben tudat alatti motívumok irányítják, ezért csak részben veszi figyelembe az egyén tudatos meggyőződéseit. Kutatásaiban azt vizsgálta, hogy milyen módszerekkel mérhető hatékonyan a teljesítmény. Három szükségletet különböztetett meg, amelyekkel szervezeti környezetben a motiváció magyarázható: a teljesítménymotiváció belső hajtóerő a sikerre, azt tükrözi vissza, hogy mennyire fontos az egyén számára a maga elé kitűzött célok elérése. A hatalmi motiváció belső hajtóerő arra, hogy az egyén hatással, befolyással legyen másokra. A kapcsolatmotiváció az elfogadottság, szeretettség iránti vágy.

A motiváció folyamatelméletei közül az elvárás-elmélet (Vroom), a méltányosság-elmélet (Adams) és a megerősítés-elmélet (Skinner) az egyént viselkedésének megfigyelésén keresztül vizsgálja, míg a célkitűzés-elmélet (Locke) a magatartás kialakításában szerepet játszó folyamatokat magyarázza.

## A vizsgálat célja, módszerek

Az egészségügyi szakdolgozók motivációinak felmérésére anonim kérdőíves módszerrel alkalmaztam. Arra kívántam választ kapni, hogy mik motiválták a szakdolgozók pályaválasztását, és hogyan ítélik meg foglalkozásuk anyagi, szakmai és erkölcsi megbecsültségét. Vizsgáltam továbbá, hogy vajon ugyanezt a szakmát választanák-e, ha most kezdenék a pályát, valamint azt, hogy véleményük szerint a higiénés vagy a motivátor faktor a fontosabb, illetve a szakdolgozók számára melyik a dominánsabb motiváció: a teljesítmény, a hatalom vagy a kapcsolat.

A kutatásomhoz használt kérdőív össze-

állításánál felhasználtam Frederick Herzberg és David McClelland elméletét megjelenítő két kérdéssort, amelyek számszerűsítve mutatják meg az eredményeket.

A 100 darab kiosztott kérdőívből 93 darab érkezett vissza, ebből 80 darab kérdőív volt értékelhető.

A vizsgálatot 2008. április és augusztus között végeztem.

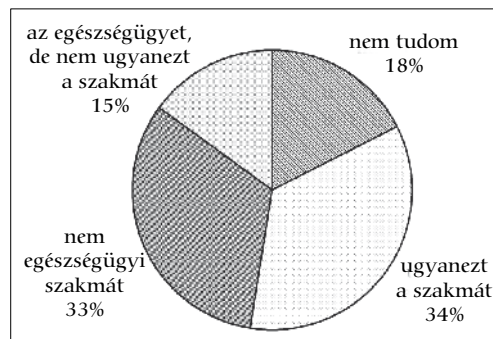
## Eredmények

A válaszadók többsége az egészségügyi pályát elhivatottságból választotta (67 fő), 9 főnél a szülők döntöttek, 2 fő munkanélküliség miatt képezte át magát, 2 fő pedig a pályaválasztásnál a felvételi lapon az utolsó helyen jelölte meg az egészségügyi iskolát, és ide nyert felvételt. Ez a kérdés számomra azért volt fontos, mert azokat a dolgozókat nagyon nehéz motiválni, akik nem elhivatottságból, hanem más, külső körülmény miatt dolgoznak csak az egészségügyben.

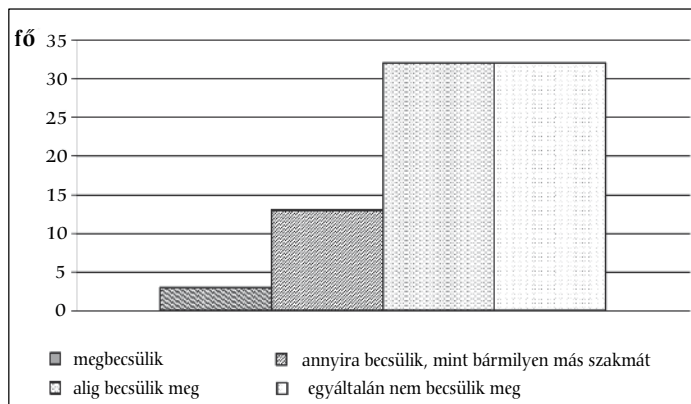
Ha a válaszadóknak most nyílna lehetőségük dönteni a pályaválasztásról, akkor alig lenne különbség az „ugyanezt” és az „egészen más szakmát” választók között. Csupán 2 fővel többen (28 fő) döntöttek az egészségügy mellett, és 26 fő más foglalkozást választana. 14-en nem tudtak választ adni a kérdésre, 12-en pedig az egészségügyön belül választanának maguknak más elfoglaltságot. Az mindenesetre biztató, hogy ők nem fordulnának el teljesen az egészségügytől. (1. ábra)

A szakdolgozók megbecsülését illetően a válaszadók közül ugyanannyian választották azt, hogy „alig” és azt, hogy „egyáltalán nem”.

1. ábra: Feltételezett újbóli pályaválasztás esetén a választások megoszlása (n=80)



2. ábra: A szakdolgozói munka megbecsültsége a válaszadók szerint (n=80)



13 válaszadó szerint az emberek annyira becsülik meg, mint bármely más szakmát, 3-an viszont úgy vélték, hogy elismerik. (2. ábra)

A válaszadók közül 56-an úgy vélték, hogy munkahelyükön szakmailag csak részben vannak elismerve, 17-en viszont úgy érezték, hogy egyáltalán nem, 7 szerencsés pedig teljes mértékben úgy érzi, hogy megkapja intézményétől az elismerést. Anyagi szempontból csak egyetlen egy szakdolgozó elégedett, 30 fő csak részben, és az elégedetlenek vannak többen, 49 fő. Erkölcsileg 4-en teljesen elégedettek, 52-en részben, 24 fő viszont úgy érzi, egyáltalán nincs elismerve.

Herzberg kéttényezős elméletét megjelenítő kérdéssorra adott válaszok szerint 45 fő a higiénés tényezőket, 8 a motivátort, míg 27 fő mindkettőt egyaránt lényegesnek tartja.

McClelland elméletére vonatkozó kérdéssorra adott válaszok szerint a szakdolgozók közül 56 főnél a teljesítmény, 1 főnél a hatalom, 10-nél pedig a kapcsolat a domináns motivátor. Azonban 9 fő számára a teljesítmény és a kapcsolat egyaránt fontos volt, 1 szakdolgozónál a teljesítmény és a hatalom, 3 főnél pedig a teljesítmény, hatalom és a kapcsolat is ugyanolyan jelentőséggel bírt. (3. ábra)

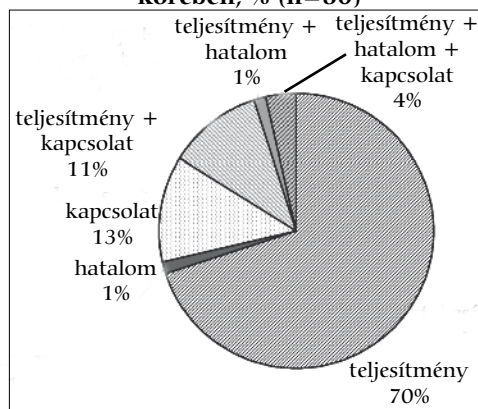
## Javaslatok

Ahhoz, hogy megfelelő színvonalú, minőségi ápolási ellátást nyújtsunk, elengedhetetlen az, hogy a szakdolgozók egészséges önértékeléssel és megfelelő belső motivációval rendelkezzenek. Fontos, hogy tudatosuljon bennük: olyan csapat nélkülözhetetlen

tagjai, amelynek célja az ellátott betegek elégedettsége, a magas színvonalú ápolás, gondozás, gyógyítás.

Rendkívül fontos az önismeret, a szakdolgozók személyes fejlődésének elősegítése, elérendő célok kitűzése és megvalósítása. Az egyéni célok kitűzése és elérése mellett közös célokat is meg kell határozni, pontosan meg kell beszélni, hogy honnan hová akarunk eljutni és miért? A vezetőknek is hangsúlyt kell fektetniük önmaguk megismerésére és a képességeik fejlesztésére, hiszen aki nincs tisztában értékei-

3. ábra: A domináns motivátorok megoszlása a válaszadók körében, % (n=80)



vel és hiányosságaival, illetve azzal, hogy mit tehetne a hatékonysága növelésének érdekében, annak a tevékeny munkahelyi légkör kialakítása nehézségbe ütközik. A vezetőnek hozzá kell segíteni a dolgozókat önbecsülésük növeléséhez. Ezt úgy lehet elérni, hogy a vezetőnek nyitottnak kell lennie a munkatársai ötleteire, javaslataira, illetve lehetőséget kell adni a beosztottnak, hogy részt vehessen tudományos konferenciákon, szimpóziумokon.

Rendszeres dolgozói- és betegelégedettségi vizsgálatok végzésével felmérhetők azok az igények, amelyekkel a dolgozó és a beteg egyaránt elégedettebbé tehető. Ezek az eredmények kiindulópontjai lehetnek egy ösztönzési rendszer kiépítésének, amelynek megvalósulása esetén az egészségügyi szakdolgozó pályán tartására esély nyílik.

## Irodalomjegyzék

1. Allport, G. W. (1998): A személyiség alakulása, Kairon kiadó, Szentendre, pp. 220- 224, pp. 228- 233.
2. Barkóczi, I., Séra, L. (1993): Az emberi motiváció II., Nemzeti Tankönyvkiadó, pp. 7., pp.280-288.
3. Carver, C.S., Scheier, M. (1998): Személyiségpszichológia, Osiris Kiadó, Budapest, pp. 104-127.
4. Dr. Gyökér, I. (2005): Szervezeti viselkedés, BME MBA képzés, előadás
5. Keményné Dr. Pálffy, K. (1998): Bevezetés a pszichológiába, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, pp. 113., pp. 130.
6. Péter, I. (2004): Önismeret, Jegyzet pp. 13.
7. Steers, R., Braunstein, D. (1976): „A Behaviorally Based Measure of Manifest Needs in Work Settings”, Journal of Vocational Behavior pp.:254.
8. Lussier, R.N. (1990): Human Relations in Organizations: A Skill Building Approach pp.:120

### The motivation of nurses in our institution

Bálint, A.

**Aim of the study:** to reveal the motivation of health workers.

**Method:** anonymous questionnaire survey. The questions pertained to the perception that nurses working in the hospital have of their profession, how satisfied they are with their situation, and whether they have entertained thoughts of leaving the profession.

**Results:** The majority of nurses participating in the survey chose this career as a “calling”, but a significant proportion of them would choose another profession if they were now starting their career, since, in their opinion, the profession is not appreciated either morally, professionally or financially. Nevertheless, in the course of their work they make an effort to do the best they can for their patients.

**Conclusions:** When summarising the results of the surveys it once again became clear that the “sense of calling” of the health workers participating in the research is satisfactory, but that both intrinsic and extrinsic motivation are essential for ensuring high standard of patient care.

### Termékeink, amelyek segítségével bőre szabadon lélegezhet

A felfekvések megelőzésében fontos szerepet játszik a bőr állapotának figyelése és megfelelő ápolása. Főleg olyan betegeknek, akik vizelet és/vagy széklet inkontinenciában szenvednek nagyon fontos a nedvesség csökkentése, ezzel a bőr befüledésének megakadályozása is, amely jelentős mértékben hozzájárul a felfekvések kialakulásához. A hagyományosan alkalmazott termékek fóliás külső fedőréteggel rendelkeznek, amely megakadályozza a levegő keringését, ez elégtelen bőrklímához vezet. Az úgynevezett „lélegző” (légáteresztő) termékek használatának köszönhetően a beteg bőre nem izzad és nem dörzsölődik ki, amivel elkerülhető a bőr pállódása és csökkenthető a felfekvések kialakulásának veszélye. Mindemellett a termék magja megköti a nedvességet, így az nem szívárogo ki.

#### Hogyan ellenőrizhető, hogy a termék légáteresztő?

Ehhez elég a pelenka egyik szárnyát forró, gőzölgő vízzel teli bögre fölé helyezni, és fedővel letakarni. Néhány perc elteltével felemelve a fedőt, azt fogjuk tapasztalni, hogy annak alja nedves, mivel a víz gőz formájában áthatol a légáteresztő fólián és a fedő alján csapódott le.

#### A légáteresztő laminátummal ellátott termékek használatából származó előnyök:

- Légáteresztő képesség.
- A nem szőtt textília gátló tulajdonsága és légysága
- A termék megnövelt ellenálló képessége

Ezen technológiát alkalmazzák a bella-Hungária Kft. által forgalmazott termékeknek: pl. a felnőtt nadrágpelenkák, gyermekpelenkák illetve egészségügyi és inkontinencia betéteknél, mint például a bella Lady betétek.

*A fenti szöveg reklám (a főszerk. megj.)*