

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringésmegállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái

Élvezeti szerek és a Posttraumás stressz szindróma összefüggései mentődolgozók körében

A magyar munkaképes korú nők fizikai aktivitását befolyásoló tényezők



2011. 24. ÉVFOLYAM 4. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>

MEDICA®



Be part of it!

16 – 19 Nov 2011
Düsseldorf · Germany

www.medica.de

Magyarországi képviselő:
BD-Expo Kft.
1016 Budapest
Naphegy tér 8.
Tel.: 346-0273
Fax: 346-0274
E-mail: office@bdexpo.hu
www.bdexpo.hu


**Messe
Düsseldorf**

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2011. június, 24. évfolyam 4. szám

TARTALOMJEGYZÉK

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringésmegállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái
Pápai Tibor 3

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Élvezeti szerek és a Posttraumás stressz szindróma összefüggései mentődolgozók körében
Pék Emese, dr. Nagy Gábor, Marton-Simora József, Deutsch Krisztina, dr. Radnai Balázs, Szabó József, dr. Betlehem József 11

EREDETI KÖZLEMÉNY

A magyar munkaképes korú nők fizikai aktivitását befolyásoló tényezők
dr. Kovács Éva, Karóczy Csilla Kata, dr. Kriszbacher Ildikó 21

Tüdőrákos betegek megküzdési stílusainak és depresszív tüneteinek egymásra hatása a társas támogatottság tükrében
Pancsó Andrea 28

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE

Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban
Hirdi Henriett Éva, Rajki Veronika, Mészáros Judit dr. prof. 35

GRATULÁLUNK! 42

SZERKESZTŐI LEVÉL 43

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igénnyel 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.

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.

A kiadvány megjelenését gondozta:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Prospektus Nyomda, Veszprém.
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.

CONTENTS

NURSING EDUCATION

The system for handling sudden circulatory failure and medical emergencies at healthcare institutions, and the related nursing skills

Tibor Pápai

3

COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Correlations between the use of mind-altering substances and post-traumatic stress disorder among ambulance crew

Emese Pék, dr. Gábor Nagy, József Marton-Simora, Krisztina Deutsch, dr. Balázs Radnai, József Szabó, dr. József Betlehem

11

ORIGINAL CONTRIBUTION

Factors influencing the physical activity of women of working age

dr. Éva Kovács, Csilla Kata Karóczy, dr. Ildikó Kriszbacher PhD

21

Interaction between the coping mechanisms and depressive symptoms of lung cancer patients, in the context of social support

Andrea Pancsó

28

NURSING IN THEORY

Nursing models in occupational health nursing

Henriett Éva Hirdi, Veronika Rajki, Judit Mészáros PhD

35

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán

ápolási menedzser

Dr. Oláh András

egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné

ápolási igazgató

Tóth Ibolya

szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona

ápolási igazgató

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

Tanácsadó testület/Advisory Board

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

Boldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*

Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*

SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*

PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rác 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

Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringésmegállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái

Pápai Tibor

Centrumvezető ápoló, Honvédkórház- Sürgősségi Betegellátó Centrum
adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Oxiológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék

Összefoglalás

Az egészségügyi ellátó intézményeket (rendelőintézetek, kórházak) feladatprofiljuk, betegforgalmuk alapján sürgősségi szempontból kiemelt dependencia szintű egységekként kell kezelni. Az intézeti ellátás során fellépő keringés megállás, hirtelen állapotromlás ellátása összehangolt szervezést, team-munkát igénylő tevékenység.

A humánerőforrás és az eszközös lehetőségek függvényében az intézeten belüli sürgősségi ellátás és újraélesztés szintjei gyorsan és igen jól egymásra építhetők. Ebben fontos helyet foglal el az ápolói szintű észlelés, segélykérés és szakszerű beavatkozás. A bizonyítékokon alapuló orvoslásnak, ápolásnak köszönhetően, ma már az ellátás egységes elvek alapján kell történnie. Az Európai Resuscitatio Társaság (ERC) 2010. októberben adta ki az „Intrahospitális BLS (IHBLIS)” című irányelvét, melyet hazánkban a Magyar Resuscitatio Társaság 2011. évi ajánlásával alkalmazunk. Az ajánlást kompetencia szintjének megfelelően az összes egészségügyi dolgozónak részletesen ismernie és alkalmaznia kell.

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás, újraélesztés, Intrahospitalis BLS, irányelv

*„Ha egy dolgot érdemes megtenni,
azt érdemes jól csinálni.”*

Régi angol mondás

Bevezetés

Valamennyi egészségügyi intézményben ellátott, ápolott beteg alanyi joga, hogy indokolt esetben azonnali, magas szintű sürgősségi ellátásban részesüljön. Az egészségügyi intézményekben (kórházak, rendelőintézetek) potenciálisan beteg emberek fordulnak meg, így itt logikusan számítani kell a hirtelen kialakuló egészségkárosodásra, állapotromlásra, azok ellátásának szükségére. Sürgősségi szempontból ezeket a különböző feladatprofilú és betegforgalmú intézménye-

ket kiemelten (kiemelt dependencia szintűként) kell kezelni, ezért az ott dolgozók részére „alapvető követelmény kellene, hogy legyen” a sürgősségi betegellátás alapjainak kompetencia szintű ismerete és alkalmazása. A magasabb dependencia szint maga után vonja az ott dolgozók magasabb kompetencia szintjének szükségességét is. Ezekben a területeken a hirtelen kialakuló kritikus állapotok ellátásának megszervezése, a szükséges eszközök biztosítása, valamint a dolgozók oktatása az intézményi management feladata.

A betegellátás valamennyi területén az újraélesztés, valamint a kritikus állapotok, a legnagyobb időfaktorú tevékenységek közé tartoznak, hiszen az anoxia idő miatti, rend-

kívül szűk időablakban végezhető beavatkozások nélkül, a folyamatok törvényszerűen akár a biológiai halálhoz is vezethetnek. Magyarországon több kórház pavilonrendszer szerint épült, ahol a riasztást követően képtelenség, hogy az adott osztályra öt perc alatt megérkezzenek a sürgősségi ellátásban, újraélesztésben jártas szakemberek. Ezért a betegellátásban végzettségtől függetlenül, minden egészségügyi dolgozó részére az eszköz nélküli, alapfokú újraélesztés ismerete, szükség esetén annak elvégzése, alapvető követelmény. (Napjainkban már az eszköz nélküli, alapfokú újraélesztés a társadalom valamennyi tagja számára alapvető kompetencia kellene legyen.) Éppen ezért ezeken a munkahelyeken is az újraélesztés és a kritikus állapotú beteg menedzselése összehangolt szervezést, team munkát igénylő tevékenység. A cél, hogy valamennyi intézet személyi, tárgyi és szervezési feltételeinek köszönhetően azonos és magas szintű ellátást nyújtson, a nap bármely időszakában pácienseinek, betegeinek.

Az intézeten belüli kritikus állapot ellátásának, újraélesztésnek jellemzői

Az újraélesztés az akut légzés- és keringésmegállás helyreállítása, az irreverzibilis szervkárosodások kialakulásának megakadályozására irányuló tevékenység, mely magában foglalja az elsősegélynyújtás lépéseit, a magasabb szintű légútbiztosítási, lélegeztetési technikát, elektromos és gyógyszeres terápiát, valamint az újraélesztést követő intenzív terápiás ellátást. Ezek a tények vitathatatlanná teszik az újraélesztés fontosságát. Az egészségügyi intézményekben a betegellátók végzettsége és a lehetőségek függvényében a hirtelen fellépő keringés megállás, állapotromlás esetén, az intézeten belüli sürgősségi ellátás és az újraélesztés fokozatai gyorsan és igen jól egymásra építhetők.

Ezek az újraélesztési fokozatok
 ⇒ kezdve az eszköz nélküli, alapfokú újraélesztéssel (basic life support, BLS) – egy, majd két vagy több segélynyújtóval,
 ⇒ folytatva eszközös alapfokú újraélesztéssel (BLSX maszkkal-ballonnal, automata

defibrillátor - AED alkalmazásával) a sürgősségi ellátó csapat (medical emergency team, MET) megérkezéséig,
 ⇒ akik végzettségük és felszereltségük alapján eszközös, magas szintű újraélesztést (advanced life support, ALS) folytatnak.

Az újraélesztés sikere, a spontán légzés- és keringés helyreállása nem jelenti a resuscitatio végét, sokkal inkább egy újabb szakasz kezdetét, melynek színtere az intenzív osztály. A postresuscitációs intenzív terápia (Prolonged Life Support PLS) során cardiovascularis, haemodinamikai stabilizálásra, ismételt keringésmegállás, szervkárosodások megelőzésére, valamint cerebroprotektív eljárások megvalósítására törekszünk. A létrejött károsodások, valamint a várható szövődmények kialakulásának kockázata miatt, minden újraélesztett beteget intenzív betegellátó osztályon kell elhelyezni, aktuális állapotától függetlenül. (1. ábra)

1. ábra: A túlélési lánc elemei az intézeti ellátás során



A jól kiépített és megfelelően működő túlélési vagy mentési lánc, a rendelkezésre álló idő maximális kihasználására irányul a túlélés, a maradandó károsodások kivédése, és a lehető legmagasabb önálló képesség visszanyerése céljából. A sikeres kimenetel érdekében fontos, hogy egyik láncszem se maradjon ki. Ma már evidenciákon alapul, hogy a hirtelen keringésmegállás, valamint a beteg állapotának kritikussá válása megelőzhető. A kórházi halálozás – mint végpont – elemzése során világítottak rá arra, hogy a kórházon belüli keringés leállások során közel 80%-ban olyan klinikai jeleket, tüneteket lehet észlelni, amelyek mielőbbi felismerésével és az ellátás megkezdésével a keringés leállása megelőzhető. Ennek feltétele, hogy a beteget ellátók a könnyen megfigyelhető és értékelhető kórélettani mutatókat (eszmélet, tudatállapot, kültakaró, vitális paraméterek) időben felismerik és értékelik. (Futó, Berényi, Mezőfi, 2008) (1. táblázat)

A sürgősség tényének felismerése után azonnal elkezdik a kompetenciájuknak megfelelő sürgősségi ellátást (pl. segítségkérés,

I. táblázat: A kórházi sürgősségi ellátó csapat riasztásának kritériumai

megfigyelendő szempont		MET riasztásának kritériumai
A	airway - légút	légúti akadály
B	breathing - légzés	légzésleállás légzésszám: < 5 /min vagy > 36/min
C	circulation - keringés	keringésleállás pulzusszám: < 40 /min vagy > 140/min RRsyst.: < 90 Hgmm
D	disability - neurológia	GCS hirtelen csökkenése > 2 ponttal
E	exposure - egyéb	bármilyen riasztó, aggodalomra okot adó tünet, panasz (görcsroham, magas láz stb.)

(Forrás: Futó, Berényi, Mezőfi, 2008)

újraélesztés, pozicionálás, légútbiztosítás, oxigénterápia, vénabiztosítás stb.). Ez az evidencia vezetett egy új riasztási rendszer bevezetéséhez. Az intézeten belüli sürgősségi betegellátás rendszerének kidolgozásánál ma már nem beszélhetünk szoros értelmében reanimációs team-ről, hiszen a cél nem a légzés, keringés hiányának, a halál tényének felismerése, hanem az ezeket megelőző állapotok felismerése és mielőbbi ellátása, a beteg menedzselése. Ebben fontos helyet foglal el az ápolás szintű észlelés, segélykérés, kompetencia szintű ellátás, valamint egy kritikus állapot menedzselésében járatos sürgősségi ellátó csapat (Medical Emergency Team - MET), amely dönt az adott beteg további sorsáról, közvetlen ellátásáról, intenzív osztályos felvételéről, néhány külföldi országban - ahol a jog lehetőséget ad rá - a „nem reanimálandó” státusz kimondásáról. (DeVita et al., 2004)

A kórházon belüli sürgősségi betegellátás rendszerének kiépítése komoly feladatot jelent a menedzsment számára.

A rendszer kiépítésének fontosabb lépései az alábbiakban foglalhatók össze:

1. A menedzsment döntése a rendszer működtetéséről, a kiépítésért és működtetésért felelős személy kijelölése.

A siker érdekében fontos a menedzsment teljes elkötelezettsége. A felelős személy sürgősségi gyakorlattal rendelkező szakorvos legyen.

2. A rendszer működtetésében résztvevő részlegek és azok ellátási területeinek meghatározása.

Fejlett országokban ezt a feladatot egy külön álló team látja el. Hazánkban a humán erőforrás nehézségek miatt a feladatot az intenzív osztály (ITO), vagy

ha van a sürgősségi osztály (SBO), esetleg mindkettő kijelölt személyzete látja el a napi feladataik mellett. A nagy alapterületű, pavilonrendszerű, vagy nagy betegforgalmú intézményekben célszerű az ellátandó területet felosztani az ITO és az SBO között.

3. A sürgősségi ellátó csapat tagjainak képzése, ellátása a szükséges sürgősségi eszközökkel.

Az optimális team összetétele sürgősségi ellátásban jártas szakorvos és két ápoló. Hazánkban a humán erőforrás problémák miatt, ez általában egy orvos és egy ápoló összetételre korlátozódik. A képzés célja a megfelelő sürgősségi szemlélet kialakítása, BLS, ALS és a szükséges sürgősségi beavatkozások kompetencia szintű alkalmazása.

4. A riasztás rendszerének kiépítése.

A területek felosztása után fontos, hogy minden team folyamatosan elérhető legyen, ezért részükre egyirányú telefonvonal kiépítése szükséges. A riasztandó szám lehetőleg legyen egyszerű és jól memorizálható pl. 111. Valamennyi munkaterületen jól látható, központi helyen ki kell helyezni, és propagálni kell a megfelelő riasztási számot. A korábbiak szerint, mivel hazánkban a feladatot az ITO és az SBO munkatársai látják el napi munkájuk mellett, ezért célszerű egy állandó, csak erre a célra alkalmazott non-stop mobil telefonszám, vagy személyi hívó megadása.

5. Az intézet valamennyi alkalmazottjának kompetencia szintű és ismétlődő jellegű képzése.

A képzés célja a rendszer működésének, filozófiájának ismertetése, a kompeten-

cia szintnek megfelelő sürgősségi szemlélet kialakítása. A felismerés, riasztás és a BLS alkalmazása, valamennyi alkalmazott kompetenciája. A további kompetenciák végzettség alapján kerülnek meghatározásra.

Az intézeti betegellátás keretei között többször az ápoló az első ember, aki szembe-sül a beteg problémáival, a betegnél hirtelen fellépő állapotromlással, egészségkárosodással. Már több felmérés is igazolta, hogy az ápoló tölti a legtöbb időt a beteggel, problémák esetén a betegek elsőként az ápolóhoz fordulnak segítségért, ő reagál leghamarabb bármilyen segélykérésre (nővérhívó csengő). A sikeres esetek számának növelésében kiemelt helyet foglalnak el az ápolók, asszisztensek, ezért fontos, hogy azonos koncepciókkal, algoritmusokkal, közös nyelv használatával haladjunk e cél érdekében.

Ma már az intézeti betegellátásban résztvevő valamennyi egészségügyi végzettséggel rendelkező alkalmazott számára fontos szempont lenne, a megfelelő sürgősségi szemlélet kialakítása és a hozzá kapcsolódó beavatkozások kompetencia szintű oktatása, szinten tartása. Ezen előzmények és célok alapján az Európai Resuscitatio Társaság (ERC) 2010. októberében adta ki az Intrahospitális BLS (IHBSL) című irányelvét, melyet hazánkban a Magyar Resuscitatio Társaság 2011. évi ajánlásával alkalmazunk. (A Magyar Resuscitatio Társaság 2011. évi felnőtt alapszintű újraélesztési (BLS), valamint a külső (fél)automata defibrillátor (AED) alkalmazására vonatkozó irányelve, 2011)

Tapasztalataim szerint az egészségügyi dolgozók ismeretei hiányosak, a beavatkozással kapcsolatos kompetenciáikat nem ismerik vagy bizonytalanok azokban, ezért fontos ezek tisztázása, oktatása. A hazai közép- és felsőfokú egészségügyi képzési struktúrát jól ismerve kijelenthetem, hogy sajnos a jelenlegi rendszerben az OKJ szintű mentő-ápoló, sürgősségi ápoló, intenzív betegellátó és a főiskolai szintű mentőtiszt képzéseken kívül egyik végzettséggel sem bocsátunk ki a képzőintézményekből olyan szakembereket, akik megfelelő sürgősségi szemlélettel, készséggel és kompetenciával rendelkeznek. Az egészségügyi szakdolgozók jelentős része

sem képes a rendkívüli sürgősségi helyzeteket ideje korán felismerni és adaptálódni azokhoz. Egy hirtelen fellépő egészségkárosodás, baleset gyakran stressz és pánik választ vált ki belőlük, ezért nem képesek a kompetenciájuknak megfelelő ellátást nyújtani a sérültnek, betegnek. Ennek oka többek közt a képzési struktúrában keresendő, bár ma már valamennyi egészségügyi képzésben, főleg a képzés elején, szerepel az elsősegélynyújtás, azonban a képző intézmények finansziális okokból, csökkentett óraszámokban, nagy csoportokban végzik az oktatást és a képzés befejeztével már a szinten tartás, az érintett alkalmazott és munkahelyének motivációjától függ. Ezért az elsősegélynyújtás készség szintű alkalmazásáról sem beszélhetünk. 2007-ben kérdőíves felméréssel vizsgáltam az egészségügyi szakdolgozók újraélesztési ismereteit, a felmérés elvégzésére motiváló hipotézisem, mely szerint - az egészségügyi szakdolgozók újraélesztési ismeretei hiányosak - sajnos bebizonyosodott. (Pápai, 2007) A felmérés 2010-ben történt megismétlése során sem volt értékelhető jelentős változás.

Az intézeten belüli újraélesztés lépései, annak kompetenciái

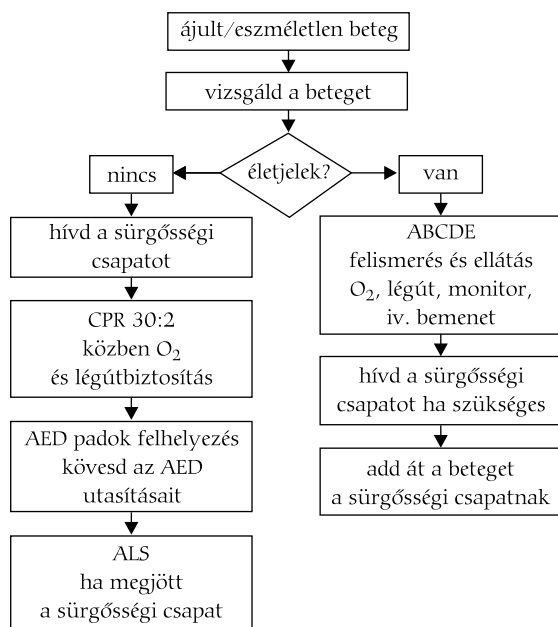
Az előzőekben leírtak szerint kijelenthetjük, az egészségügyi intézményekben az eszköz nélküli alapszintű újraélesztés - BLS érvényes algoritmus alapján, annak szakszerű végzése (felismerés, riasztás, légzés, esetleg keringés vizsgálata, mellkas kompressziók végzése, eszköz nélküli lélegeztetés, AED alkalmazás) iskolai végzettségtől, szakképzettségtől függetlenül valamennyi alkalmazott számára alapvető kompetencia. (2. ábra)

Az intézeten belüli sürgősségi ellátás és újraélesztés során a szakképzett egészségügyi dolgozó végzettsége alapján az alábbi tevékenységekkel teheti hatékonyabbá és sikeressé a beteg ellátását.

1. maszkos-ballonos lélegeztetés lehetőség esetén oxigénnel dúsítva

A betegellátás bármilyen szintjén valamennyi szakképzett egészségügyi dolgozó részére a maszkos-ballonos lélegeztetés is

2. ábra: A kórházon belüli újraélesztés folyamata



merete, szükség esetén annak alkalmazása alapvető követelmény. A kompetencia alkalmazásához elengedhetetlen az eszköz ismerete és helyes használata, melynek része a megfelelő méretű maszk kiválasztása, annak megfelelő kéztartással („C fogás”) történő helyes pozicionálása, a hatékony lélegeztetési technika alkalmazása, valamint az eszköz tisztítása és karbantartása. A lélegeztetés hatékonysága jelentősen növelhető, ha az oxigéndúsítással reservoáros ballon alkalmazásával történik. Az újraélesztés elmaradásának vagy késői megkezdésének egyik leggyakoribb oka a segélynyújtók fertőzéstől való félelme, ezért fontos megemlíteni, hogy a maszkos-ballonos lélegeztetéssel kivédhető a szájból orrba vagy szájba kivitelezett lélegeztetés során létrejövő a nozokomiális infekciók! (1. kép)

2. AED alkalmazása

Tekintettel a hirtelen kialakuló keringésleállások kiváltó okaira, ma már a korai ritmusanalízis és szükség esetén a korai defibrillálás elengedhetetlen része a sikeres sürgősségi betegellátásnak és újraélesztésnek. Az eszköz technikai adottságainak köszönhetően alkalmazása egyszerű, nem igényeli, hogy a beavatkozást végző EKG

1. kép: Lélegeztetés maszkkal-ballonnal



alapismeretekkel rendelkezzen és ismerje a defibrilláció indikációját. Miután az eszköz bekapcsolás után hangutasítással irányítja a segélynyújtó tevékenységét, így alkalmazása különösebb képzést nem igényel, ennek ellenére célszerű lenne minden BLS-re kiképzettet az AED biztonságos használatára is képezni.

3. alternatív eszközös légútbiztosítás Mayo pipával, nasopharyngeális (Wendl) tubussal

Az eszméletlen állapotok legnagyobb veszélyforrása a légúti elzáródás és az aspiráció. Az aspiráció elleni védelmet legnagyobb hatékonysággal csak az endotracheális intubáció jelenti, ezért azt a légútbiztosítás „gold standardjának” (arany szabályának) szokás nevezni, azonban az endotracheális intubáció szakdolgozói körben jelenleg még csak igen korlátozott szakképesítés feladatprofiljában jelenik meg. Az újraélesztés szakmai ajánlása, a beavatkozást csak megfelelő rutinnal rendelkező szakember számára javasolja. Ha ez nem áll rendelkezésre, nem cél a mindenáron történő intubálás, abban az esetben, ha a beteg hatékonyan lélegeztethető maszkkal-ballonnal. Megfelelő képzés és gyakorlás után valamennyi egészségügyi szakdolgozó kompetenciája lehet a légútbiztosítás alternatív formája a Mayo pipa és a nasopharyngeális vagy Wendl tubus behelyezése. Mindkét eszköz alkalmas a szabad légút biztosítására, de fontos hangsúlyozni, hogy aspiráció védelmet nem jelentenek a beteg számára. Mindkét eszköz alkalmazásának menete: a szabályos kimé-

rés (Mayo tubus esetében szájzug és fülcimpa közti távolság, Wendl tubus esetében az orrcimpa és a fülcimpa közti távolság), a megfelelő méretű eszköz helyes bevezetése, szükség esetén az esetleges váladék leszívása az aszepszis-antiszepszis szabályainak betartásával, valamint a beavatkozás kíméletes technikával való elvégzése. (2-3. képek)

2. kép: A Mayo tubus kimérése és helyes behelyezése



3. kép: A Wendl tubus kimérésének technikája



4. oxigén inhaláltatás

Mint ahogyan arról már több alkalommal szó volt, kiváltó állapottól függetlenül valamennyi kritikus állapotú betegnél a kórfolyamat hátterében mindig megjelenik a szervezet legnagyobb ellensége a hypoxia, ezért fontos minden kritikus állapotú beteg ellátása során az idejekorán megkezdett és hatékonyan kivitelezett oxigén terápia alkalmazása. A helytelenül alkalmazott oxigénterápia veszélyeinek (pl. COPD esetén) ismerete alapján fontos hangsúlyozni, a megfelelő oxigén inhaláltatási mód és eszköz kiválasztásának szempontjait (orrsonda, oxigénmaszk, reservoáros oxigénmaszk), az adagolás sebességét, a beteg helyes pozícionálását és megfigyelésének szempontjait. Jelenleg ez OKJ ápolói és attól magasabb szintű, vagy arra ráépülő ápolói végzettséghez kötött kompetencia, a munkahelyi vezető írásos jóváhagyásával.

5. beteg megfigyelés, vizsgálat, vitális paraméterek monitorozása (eszmélet, tudat, saturáció, pulzus, légzés, vérnyomás)

A korai felismerés egyik feltétele a beteg vitális paramétereinek megfigyelése és a beteg átadásáig az állapotának szoros követése. Ennek feltétele a vitális paraméterek normális-tolerábilis-intolerábilis értéktartományainak, az eszközök alkalmazásának és a lehetséges hibaforrások ismerete. A betegmegfigyelés és szükséges szintig tartó vizsgálat valamennyi egészségügyi szakember feladata. Egy beteg megfigyelése az intézménybe érkezéstől a távozásáig kell, hogy tartson, szintetizálva a beteg állapotával és az esetlegesen kialakulható rizikók megjelenésének esélyével. Szerintem hatékony betegmegfigyelés és vizsgálat kompetenciájának kialakítása az egyik legnehezebb feladat, mert az elméleti képzésen túl igen jelentős szerepe van a szakmai tapasztalatnak és rutinnak. Ezért üdvözlendő, hogy több OKJ szintű szakképzés (ápoló, mentőápoló, ápolási asszisztens, általános asszisztens stb.) képzési programjában megjelentek a betegmegfigyelés, diagnosztika modulok. A főiskolai szintű képzésekben is nagyobb szerepet kellene tulajdonítani az ápolói szintű propedeutika és megfigyelés oktatásának, akár önálló tantárgyként is.

6. perifériás intravénás bemenet létesítése

A kritikus állapotú betegek ellátása során a korai intravénás bemenet létesítése, a további labordiagnosztika, gyógyszer, folyadék, szükség esetén vér-vérkészítmény bejuttatás miatt, kiemelt jelentőséggel bír. A súlyos kórfolyamatok progressziójával egyre nehezebben kivitelezhető a perifériás vénák kanülálása, ezért fontos, hogy azok a szakdolgozók, akik kompetenciájában szerepel a perifériás vénabiztosítás ezekben a szituációkban, ha lehetőségük van rá, végezzék azt el. Véleményem szerint meggondolandó, hogy ezekben az esetekben ápolói kompetenciaként véna fenntartása céljából engedélyezni akár 500 ml NaCl infúziós oldat bejuttatását.

Javaslatok a kompetenciák bővítésére

1, valamennyi egészségügyi szakképzésben már az elsősegélynyújtás oktatásának keretein belül oktatni kell az egészségügyi szakemberek újraélesztéshez kapcsolódó, az előzőekben részletezett kompetenciáit;

2, valamennyi egészségügyi szakképzésben a sürgősségi szemlélet és kompetencia kialakítására megfelelő elméleti és gyakorlati óraszámmal be kell építeni a sürgősségi betegellátás (nem elsősegélynyújtás!) oktatását kötelező jelleggel;

3, az öt éves továbbképzési ciklusban egy-egy tematika alapján összeállított sürgősségi továbbképzésen minden egészségügyi dolgozónak részt kell venni;

4, az intézményen belüli sürgősségi ellátás hatékonyságának növelése céljából, az intézményi menedzsment gondoskodik valamennyi, újonnan belépő dolgozójának megfelelő

képzéséről, munkaterülete alapján meghatározza az ismétlő képzések gyakoriságát;

5, Amennyiben az intézmény vezetése elkötelezettje a sürgősségi szemlélet és képesség hatékony működtetésének, azokban az intézményekben, ahol sürgősségi osztály működik célszerű az újonnan belépő dolgozókat próbaidejük alatt legalább 1 hónappal az SBO-ra vezényelni munkavégzésre. A régebbi dolgozókat megfelelően megtervezett humán erőforrás mobilizálással szintén 1 hónappal az SBO-ra lehet vezényelni.

Megbeszélés

A megfelelően szervezett kórházon belüli sürgősségi ellátás nélkül, a kórházon belüli újraélesztés minőségének biztosítása nem lehetséges. Tehát az egészségügyi intézmények minden szintjén, a betegellátásban résztvevő minden dolgozónál a kritikus állapot menedzselésére és az újraélesztés oktatására alapvető hangsúlyt kell helyezni, hiszen a túlélési lánc minden láncszemének egyenlő erősnek kell lennie. Legyen meg mindenkinek a maga jól körülhatárolt feladata, csak így van arra lehetőség, hogy ne vesszen el értékes idő koordinálatlanság, fejetlenség miatt. A részleg magasabb dependencia szintje maga után vonja az ott dolgozók magasabb kompetencia szintjének szükségességét. A valódi sürgősségi ellátás, újraélesztés izgalmasában az egészségügyi dolgozók is csak azt végzik jól, amiről élénk, megfelelő emlékképük van, hiszen amit olvasunk, azt elfelejtjük, amit látunk, arra emlékezünk, amit többször gyakorolunk, azt tudjuk.

Irodalomjegyzék

1. A Magyar Resuscitációs Társaság vezetőségének ad hoc BLS-munkacsoportja: A Magyar Resuscitációs Társaság 2011. évi felnőtt alapszintű újraélesztési (BLS), valamint a külső (fél)automata defibrillátor (AED) alkalmazására vonatkozó irányelve, Budapest 2011
2. DeVita MA, Braithwaite RS, Mahidhara R et al. (2004): Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrest, *Qual Saf Health Care*, 13(4):251-254
3. Futó J, Berényi T és Mezőfi M (2008): Kórházon belüli sürgősségi ellátó szolgálat- tapasztalatok Magyarországon, *Anesztézia és Intenzív Terápia*, 2008 dec.
4. Mezőfi M.: A sürgősségi és az intenzív terápia szerepe és kapcsolata a fekvőbeteg ellátásban. www.aleph.hu/~motesz/docs/cikk11.pdf (2011. 07. 30.)
5. Pápai T. (2007): Az egészségügyi szakdolgozók újraélesztési ismeretei 2007-ben *Ápolásügy*, 21(4): 8-11
6. Pápai T. (2010): *Elsősegélynyújtás, Műszaki Kiadó, Budapest*

The system for handling sudden circulatory failure and medical emergencies at healthcare institutions, and the related nursing skills

Tibor Pápai

Healthcare institutions (clinics, hospitals), in keeping with their profile and patient turnover, have to be treated as high dependency units in terms of their ability to provide emergency treatment. Treating circulatory failures and medical emergencies that occur in the course of institutional care is an activity that requires coordinated management and teamwork.

Depending on the availability of human resources and tools, the stages of emergency care and resuscitation can rapidly and very effectively be built on each other. An important element in this process is detection, requesting assistance, and professional intervention at nursing level. Owing to the introduction of evidence-based medical treatment and nursing, today treatment has to be provided based on a standard set of principles. In October 2010 the European Resuscitation Council (ERC) issues its guidelines entitled "Intrahospital BLS", which has been applied in Hungary as a part of the 2011 protocol of the Hungarian Resuscitation Council. The protocol must be studied in detail and applied by all healthcare workers, in keeping with their level of competence.

Keywords: emergency care, resuscitation, Intrahospital BLS guidelines

MEGHÍVÓ

A Magyar Sebkezelő Társaság XIV. Kongresszusa

2011. október 12., 14.

A SEBINKO Szövetség XV. Kongresszusa

2011. október 12.

A Kongresszus helyszíne:

Novotel Budapest Congress (1123 Budapest, Alkotás u. 63-67.)

Tisztelt Kolléganő! Kolléga Úr!

Tisztelettel meghívjuk Önt és munkatársait a Magyar Sebkezelő Társaság XIV. és a SEBINKO Szövetség XV. kongresszusaira, valamint a kongresszusainkkal egyidőben és azonos helyen zajló nemzetközi szakmai rendezvényekre is. Október 13-án nemzetközi és hazai előadók közreműködésével, szinkrontolmácsolással „A lábszárfekély-kompressziós terápia” témakörében nemzetközi szemináriumot szervez az Európai Sebmenedzsment Szövetség (EWMA) a két hazai tagszervezetével (MSKT, SEBINKO) és a kompressziós kezeléseket koordináló nemzetközi klubbal (ICC) közösen.

Tájékoztatásul közöljük, hogy október 13-14-én tartja első mesterkurzusát is az Európai Sebmenedzsment Szövetség ugyanezen a színhelyen, angol nyelven „Is Oedema a Challenge in Wound Healing” címmel.

A rendezvénnyel kapcsolatos további információk a <http://www.euuzlet.hu/mskt> vagy a <http://www.sebinko.hu> címen található.

Tisztelettel a rendezők:

Magyar Sebkezelő Társaság

SEBINKO Szövetség

Orvostechikai Szövetség Kötszer Szekciója

Élvezeti szerek és a Posttraumás stressz szindróma összefüggései mentődolgozók körében

Pék Emese

ügyvivő szakértő, PTE Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátási Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

Dr. Nagy Gábor

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátási Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

Marton-Simora József

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátási Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

Deutsch Krisztina

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátási Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

Dr. Radnai Balázs

adjunktus, tanszékvezető helyettes, PTE Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátási Intézet Sürgősségi Ellátási Tanszék

Szabó József

ügyvivő szakértő, PTE Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátási Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, tanszékvezető, PTE Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátási Intézet

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők célja, hogy felmérjék a kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozók mentális leterheltségét, körükben a poszttraumás stressz betegség (PTSD) előfordulásának arányát, súlyosságát, kialakulásának lehetséges körülményeit, annak befolyásoló tényezőit. Ezeken felül a káros szenvedélyek (drogok, alkohol, altató-, nyugtatószerek, egyéb) megjelenését kutatták a stresszel való megküzdés tekintetében.

Minta és módszer: 121 fő kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozó körében végzett nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikán alapuló keresztmetszeti vizsgálat, az alábbi mentőállomások részvételével történt: Győr, Székesfehérvár, Kecskemét, Pécs, Szekszárd, Szeged, Veszprém, Tapolca és Ajka. Az adatgyűjtés eszköze: a John Briere, Marsha Runtz által kidolgozott Trauma symptom checklist-40 standard PTSD felmérő teszt, saját kérdéscsoportokkal kiegészítve. A szerzők a kapott adatokat khi-négyzet próbával, kétmintás T-próbával és korreláció analízissel értelmezték, SPSS 15.0 statisztikai szoftver segítségével.

Eredmények: A megkérdezettek körében a standard PTSD teszt által megállapított pontszámok átlaga 18 pont volt (0-99). A válaszadók több mint fele átélte valamilyen megrázó eseményt az elmúlt 2 évben (71,1%, 86 fő). Ezek a mentődolgozók szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a PTSD teszten ($p=0,031$). A megkérdezettek közül 8 fő (6,6%) használ stresszoldásra valamilyen gyógyhatású készítményt (nyugtatót, altatót) vagy alkoholt. Ez az arány összefüggésben van a PTSD skálán elért pontszámokkal ($p<0,001$). A betegség enyhébb kategóriájában szignifikánsan kevesebb a szerhasználó ($p<0,001$). A vizsgált mentődolgozók közül 28 fő használt már élete során valamilyen kábítószerrel. A droghasználat nem mutatott szignifikáns összefüggést a PTSD mértékével ($p=0,601$), a rendszeres alkoholfogyasztással annál inkább ($p=0,012$)

Következtetések: A mentődolgozók pszichoszociális megterhelését vizsgálva bebizonyosodott, hogy körükben nagy a Posttraumás stresszbetegség kialakulásának veszélye. Az eredmények alapján kijelenthető, hogy a mentődolgozók megküzdési magatartásában jelenleg minimális szerep jut a gyógyszereknek, az illegális drogoknak és a káros szenvedélyeknek. Beigazolódt, hogy a traumát megélt mentődolgozók körében nagyon fontos a mentálhigiéné és nagy a szaksegítségre való igény.

Kulcsszavak: poszttraumás stressz betegség (PTSD), mentődolgozók, élvezeti szerek

A probléma ismertetése

Egy magyar vizsgálat is bebizonyította, hogy a poszttraumás stressz szindróma (PTSD) a hazai mentőmunkában is jelen van (Gyermán et al., 2008). A stresszes események által kiváltott negatív érzelmek és a fiziológiai izgalom komoly hatással van a szervezetre, melyek arra ösztönzik az elszennvedőt, hogy mielőbb csökkentse a kellemetlen hatást. Ezt a folyamatot megküzdésnek nevezzük. A probléma felismeréséhez, a segítségért forduláshoz, valamint a tényleges kezelés megkezdéséhez hosszú idő és rögzös út vezet. Az emberek valahányszor akadályba ütköznek életük során, először a könnyebb megoldásokat keresik és sokszor csak akkor fordulnak szaksegítséghez, amikor már késő. Egy fárasztó, stresszes nap után könnyebb menekülési utat nyújthat a problémák kezelésére egy pohár alkoholos ital. A mentődolgozók életében mindennaposak a traumatikus, stressz-keltő események. A probléma napról napra nő, ezzel arányosan nőhet az élvezeti szerek használata is. Mígnem észrevétlenül kialakulhat a háttérben a szenvedélybetegség. Külföldön már számos felmérés készült a PTSD és a dohányzás (van der Velden et al., 2008), valamint a PTSD és a heroin függőség kapcsolatának feltárására (Mills et al., 2005).

Elméleti háttér

A poszttraumás stressz szindróma

A betegségben szenvedő egyén olyan eseményt élt át, amelyben valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés, vagy a saját vagy mások testi épségének veszélyeztetése állt fent, és erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagált. A zavar legszembetűnőbb és legkínzóbb tünete a traumával kapcsolatos emlékek kontrollálhatatlanul ismétlődő visszatérése, vegetatív idegrendszeri tünetekkel és érzelmi hidegséggel párosulva. (Bogár et al., 2007)

A PTSD jelentkezhet közvetlenül a trauma átélése után (akut forma), de előfordulhat, hogy csak hosszabb idő elteltével valamilyen kisebb stressz hozza a felszínre (krónikus). A Posttraumás stressz syndroma elnevezést a DSM-III (A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) vezette be 1980-ban, leginkább Horowitz 1970-es információ-feldolgozás modelljére építve. A betegség eredete a vietnámi háborúra vezethető vissza. Korábbi háborús feljegyzések is említik (az első világháború során gránátsokk, a második világháborúban harci fáradtság néven), azonban a vietnámi veteránoknál kimutatták, hogy különösen hajlamosak a hosszú távú tünetek megjelenítésére. A be-

tegséghez gyakran társul alkoholizmus, kábítószer-élvezet, erőszakosság és magánéleti probléma is. Habár sok háborús veterán azt állította, hogy a poszttraumás stressz hatására követett el erőszakos bűncselekményeket, kutatók bebizonyították, hogy ez csak azokra a veteránokra jellemző, akik a trauma előtt is így viselkedtek. Prevalenciáját 0,5%-ra becsülik a férfiak és 1,2%-ra a nők körében. A legtöbb férfibeteg kiváltó élménye valamilyen háborús ütközet volt, ezzel szemben a nőknél a nemi erőszak a vezető ok. Életkor szempontjából bármikor előfordulhat, akár már gyermekkorban is. A tünetek lehetnek hullámzóak, vagy stressz hatására rosszabbodhatnak. A betegség lényege, hogy az eseményeket az egyén nem tudja beépíteni a személyiségébe (az adaptáció helyett a fixációs mechanizmusok kerülnek előtérbe), így azok összegződnek, ezért sorozatos, kisebb traumák következtében is kialakulhat a PTSD.

Korábbi tanulmányok

A PTSD a civil lakosság körében régóta, bizonyítottan előforduló kórkép (Bennett et al., 2004), de manapság egyre több hazai és nemzetközi tanulmány foglalkozik az egészségügyi dolgozók foglalkozási stressz-állapotával is. Hazánkban e két csoport testi és lelki egészségét, rizikó- és védőfaktorait, valamint életminőségét vizsgálva kimutatták (Hegedűs, 2008), hogy az egészségügyben dolgozók kisebb százaléka él házasságban a civilekhez képest és jóval magasabb körükben az elváltak aránya is. Az egészségügyi dolgozók társas kapcsolat-rendszerét és megküzdési stratégiáit tovább vizsgálva bizonyítható, hogy érzelmileg minél kimerültebb valaki, annál nagyobb mértékben választja az érzelmközpontú megközelítést a problémaközpontú megközelítéshez képest (Betlehem et al., 2007; Pálfi et al., 2008).

A nemzetközi helyzetet kellően tükrözi egy 2001-es Columbiái vizsgálat (Laposa et al., 2003), mely a sürgősségi osztályon (SBO) dolgozók körében bebizonyította, hogy a tolatkodó élmények előfordulásának gyakorisága, valamint az átélt trauma negatívitásának foka összefüggésben van a diagnosztizált PTSD súlyosságával. Kimutatták, hogy a

betegség előfordulásának aránya az SBO-n dolgozók körében nagyobb az átlag populációhoz (Foa et al., 1999) viszonyítva ($t(69)=3,88, p<0,001$).

Hazánkban a mentődolgozók fizikai egészségi állapotával több tanulmány is foglalkozik (Juhász et al., 2006, Betlehem et al., 2010) a lelki megterhelést tekintve azonban eddig csupán egyetlen olyan felmérés készült, amely a mentődolgozók poszttraumás stressz-betegséggel való érintettségét vizsgálta (Gyermán et al., 2008). A budapesti kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozó körében végzett kutatás kimutatta, hogy a betegség prevalenciája a fővárosi mentődolgozók körében igen magas (a standard PTSD teszten elérhető 99 pontból átlagosan 20 pontot értek el a válaszadók). A Posttraumás stressz mértéke és a megkérdezettek neme között szignifikáns összefüggést találtak ($p=0,003$). A lakhely, a nem és a PTSD szintje között további statisztikailag igazolható összefüggéseket fedeztek fel.

Japán kutatók kimutatták, hogy tűzoltók körében a PTSD mértéke 18%-ról 30%-ra nőtt az utóbbi években (Satoko et al., 2006). A kiegészítő vizsgálata során bebizonyosodott, hogy a pszichés kimerültség nagyban befolyásolja a Posttraumás stresszbetegség kialakulásának kockázatát, ez jelen esetben azt jelentette, hogy akik érzelmileg kimerültebbnek bizonyultak, azok nagyobb százalékban kerültek a magasabb rizikójú PTSD csoportba ($t=5,48, p<0,001$).

Káros szenvedélyek megjelenése civilek és egészségügyi dolgozók körében

Magyarországon a megküzdéssel kapcsolatos káros szenvedélyek vizsgálata során kimutatták (Hegedűs et al., 2004), hogy a súlyos állapotú betegekkel foglalkozó dolgozók magasan vezetnek a dohányzás tekintetében az általános egészségügyi dolgozókkal és a civilekkel szemben. Az alkohol és drogfogyasztás vizsgálata még ennél is meglepőbb eredményeket mutat: a súlyos betegeket ápolók 20,4%-a vallja azt, hogy amennyiben szeszestalt fogyaszt, egy alkalommal több, mint öt italt iszik meg. A súlyos betegekkel dolgozók 10,6%-a használt már élete során valamilyen illegális kábítószerrel, míg a nem egészségügyi dolgozóknál ez az arány 2,9%,

az átlag-egészségügyieknél csupán 1,9%. A pszichés állapot terén a súlyos betegekkel foglalkozó ápolóknál a depresszió előfordulása a nem egészségügyiekhez ($p < 0,001$) és az átlag-ápolókhoz képest ($p = 0,004$) is magasabbnak bizonyult.

Holland kutatók az Enschede-i tűzijáték katasztrófa után azt vizsgálták, hogy milyen kapcsolat van a mentőszemélyzet körében kialakuló PTSD és a dohányzás között (Van der Velden et al., 2008). A vizsgált mentődolgozók havi $30,3 \pm 10,2$ alkalommal találkoztak tragédia utáni kritikus incidenssel, havonta 57,6%-uknak volt része sikertelen újraélesztésben és 6,1%-uk találkozott halott gyermek látványával havi viszonylatban. A megkérdezetteknél az egészségügyi problémák és a dohányzás tekintetében összefüggést figyeltek meg a tolakodó élmények ($p < 0,001$) és az elkerülési mechanizmusok tekintetében ($p = 0,001$) is.

Magyar viszonylatban még nem született olyan vizsgálat, amely a Posttraumás stresszbetegség és a drogfogyasztás viszonyát kutatta volna, azonban Ausztráliában (Mills et al., 2005) már megpróbálták összefüggésbe hozni a PTSD-t és a heroin fogyasztást. A megkérdezettek több mint fele követett el bűncselekményt az előző hónapban és 41%-uk volt már börtönben. Heroin függő „karrierjük” átlagosan 9,6 éve tartott. Túlnyomó többségük (563 fő, 92%) arról számolt be, hogy az elmúlt évek során legalább egy traumatizáló élményt tapasztaltak. 81%-uk több ilyen eseményről is mesélt. A legáltalánosabb ilyen élmény 68%-uknál súlyos sérülés vagy haláleset volt, 62%-nál fegyveres támadás vagy elrablás, 56%-uknál fizikai bántalmazás. A nők nagyobb arányban számoltak be szexuális erőszakról, míg a férfiaknál az életveszélyes balesetek, a haláleset és a fegyveres incidensek voltak túlnyomó többségben. A megkérdezettek 41%-ánál diagnosztizálták a PTSD-t, többségüknél a krónikus forma állt fent. Az előfordulás aránya 45%-os volt a traumán átesetteknél. Akiknél diagnosztizálásra került a PTSD, azok lényegesen korábban éltek át az első részegség és az első heroinizás élményét, mint akiknél nincs jelen a betegség. 58%-ban fordult elő azoknál, akik az elmúlt fél évben bűn-

cselekményt követtek el. A rosszabb fizikai és mentális egészségi állapotú válaszadóknál is lényegesen nagyobb volt az előfordulás aránya. Következtetés képpen az adott mintában (41%) a kutatás készítői jóval nagyobb arányúnak ítélték a poszttraumás stresszbetegség előfordulását, mint az átlagpopulációban (8%) (Kessler et al. 2000). Ezért a heroin- és alkoholfüggőség valószínűsíthetően növeli a PTSD prevalenciáját.

Amerikai vizsgálatok igazolták azt is (Smith et al., 2010), hogy a poszttraumás stresszbetegség nagymértékben növeli a kristályos metamfetamin használat gyakoriságát és a szerfogyasztás hosszát is.

A vizsgálat célja

Célunk az volt, hogy több hazai mentőállomáson felmérjük a kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozók mentális leterheltségét, körükben a poszttraumás stressz betegség előfordulásának arányát, súlyosságát, kialakulásának lehetséges körülményeit és annak befolyásoló tényezőit. Ezen felül a körükben megjelenő káros szenvedélyeket (drogok, alkohol, altató-, nyugtatószerek, egyéb) kutattuk a stresszel való megküzdés tekintetében.

Kutatási minta és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatunkat 2010-ben, önkényes mintaválasztási eljárással az alábbi mentőállomásokon végeztük: Győr, Pécs, Szeged, Székesfehérvár, Szekszárd, Tapolca, Kecskemét, Ajka és Veszprém. Kivonuló szolgálatot teljesítő gépkocsivezetőket, mentőápolókat és szakápolókat, mentőtiszteket (I., III.), mentőorvosokat és oxyologus szakorvosokat kértünk meg önkéntes alapon, anonim módon egy részben standard, részben saját kérdéscsoportokat tartalmazó kérdőív kitöltésére. Kizárásra kerültek azok a mentődolgozók, akik nem végeztek tényleges mentési tevékenységet (kivonuló szolgálatot). Állomásonként 30 darab kérdőív került kiküldésre, ebből mindössze 121 darab érkezett vissza értékelhető formában ($N = 121$). A vizsgálatban való részvétel a szükséges bele-

egyező nyilatkozatokat előzetesen megkértük.

Az adatfelvétel módszere

A vizsgálati eszközként alkalmazott kérdőív szerves részét képezték a John Brier és Marsha Runtz által kidolgozott Trauma symptom checklist-40 (Harrington, 2001) traumás élményekre vonatkozó kérdései (a szexuális zaklatásra vonatkozók kivételével). A teszt ezen részét a megkérdezetteknek az elmúlt két évben átélt traumás élmények alapján kellett kitölteni. A megkérdezettek nullától háromig terjedő pontszámot adhattak, ahol a nulla azt jelentette, hogy az említett tünetet az elmúlt két évben nem tapasztalta. Három pontot adott a válaszadó akkor, ha ugyanabban az időszakban több mint hat alkalommal érzékelte magán az említett tünet előfordulását. A válaszok alapján így minimum 0, maximum 99 pontot lehetett elérni. A PTSD teszt kiértékelése során született szélsőséges pontok könnyebb értékelése és a betegség súlyosságának egyszerűbb osztályozása miatt, az előzetes irodalmi adatoknak megfelelően (Gyermán et al., 2008) be kategorizáltuk a PTSD-s eredményeket. Akik 30 alatti pontot értek el, ők kerültek az alacsony rizikójú csoportba. Akik 30 vagy annál több pontot kaptak, őket a magas rizikójú kategóriába soroltuk. A kérdőív tartalmazott továbbá szociodemográfiai, munkavégzésre, gyógyszer- és drogfogyasztásra, valamint káros szenvedélyekre vonatkozó kérdéseket is.

Az adatfeldolgozás módja

A kapott adatokat a Windows SPSS 15.0 statisztikai szoftverrel elemeztük. Kihégyzet próbával a változók közti összefüggést, kétmintás T-próbával a változók közti átlagok különbözőségének vagy egyezőségének szignifikáns voltát vizsgáltuk. Továbbá használtunk még korrelációs analízist is.

A vizsgálat korlátai

A vizsgálat kivitelezésekor a készítőik tisztában voltak azzal, hogy a vizsgált minta elemszáma viszonylag alacsony, így csupán figyelemfelhívó jellege lehet. A kapott ered-

mények széles körű általánosításra jelen formában nem alkalmasak, azonban a vizsgálat további folytatása az eredmények ismeretében rendkívül fontos lehet, hisz a munkahely szerepe a dolgozók egészségében, mint fiziológiai, mint mentális értelemben egyre meghatározóbb.

Eredmények

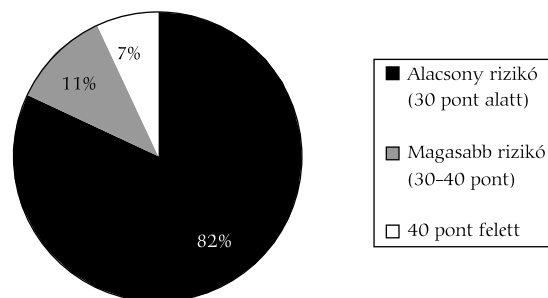
Szociodemográfiai adatok

Vizsgálatunk mintájába 10 fő nő és 111 fő férfi került be. A válaszadók átlagéletkora 34 év. A vizsgálatban szereplő legfiatalabb mentődolgozó 19, a legidősebb 59 éves. Családi állapotukat tekintve 58 fő házasságban, 31 fő élettársi kapcsolatban él, 7 fő elvált, míg 25 fő egyedülállónak jelölte magát. Legtöbben - 85 fő - városban, 31 fő falun és 5 fő a fővárosban él. Beosztásuk szerint 56 fő mentőápolóként, 43 fő gépkocsivezetőként, 16 fő mentőtisztként, 3 fő oxyologusként és szintén 3 fő mentőorvosként teljesít szolgálatot. Átlagosan 10 éve (0,5-40) dolgoznak az Országos Mentőszolgálatnál.

PTSD pontszámok

A megkérdezettek átlagosan 18,17 pontot értek el a PTSD teszten. (1. ábra)

1. ábra: PTSD súlyosságának százalékos megoszlása (n=121)



Legalacsonyabb 0, legmagasabb 61 pontos kérdőívek születtek. A betegség alacsony rizikójú (30 pont alatti) csoportjába tartozik a megkérdezettek 81,8%-a (99 fő), pontszámaik átlaga 13,4 pont (0-29). Átlagéletkoruk 36 év (19-59), átlagosan 10 éve dolgoznak a mentőknél (0,5-40). A fennmaradó 22 fő

I. táblázat: A PTSD pontszámok, életkor és OMSZ-nál eltöltött évek összefüggései

		PTSD	Életkor	OMSZ évek
PTSD	Pearson correl. (R)	1	-0,044	0,041
	Sig. (p)		0,634	0,652
Életkor	R	-0,044	1	0,733
	P	0,634		0,000
OMSZ évek	R	0,041	0,733	1
	p	0,652	0,000	

(18,2%) a magasabb rizikójú csoportba tartozik. Átlagpontszámuk 39,63 pont (max.:61, min.:30). Átlagéletkoruk 34 év (22-54). Mentődolgozóként átlagosan 9 éve állnak alkalmazásban (0,5-24). Közülük 9 főnél 40 feletti pontértéket kaptunk. A legnagyobb rizikójú csoport (40 feletti PTSD pontszám) átlagpontszáma 48 pont (41-61), átlagéletkoruk 33 év (23-48), OMSZ-nál átlagosan 8 éve (1-17) dolgoznak. Korrelációs analízissel megvizsgáltuk a PTSD pontszámokat az életkorral és a mentőszolgálatnál eltöltött évekkel összefüggésben. (I. táblázat) Egyik viszonylatban sem találtunk szignifikanciát. Értelemszerűen a fiatalok kevesebb ideje dolgoznak az OMSZ-nál.

PTSD kapcsolata nemekkel

A megkérdezett nők (10 fő) PTSD átlagpontszáma 18,6 pont (3-43), a férfiaké pedig 18,13 pont (0-61) lett. A hölgyek 80%-a a betegség alacsony, míg 20%-a a magas rizikójú kategóriába tartozik. A férfiak 82%-a az alacsony, a fennmaradó 18% a PTSD magasabb rizikójú kategóriájába került besorolásra. Az előzetes hazai adatokkal szemben (Gyermán et al., 2008) vizsgálatunkban a PTSD teszten elért pontszámot és a betegség súlyosság szerinti be kategorizálását nem befolyásolta szignifikánsan a válaszadó neme.

PTSD összefüggése megrázó élményekkel

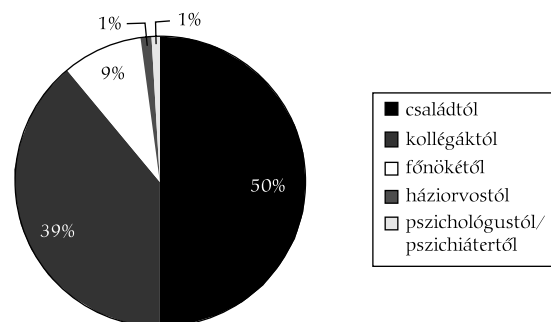
A beválasztott mentődolgozók több mint fele (86 fő, 71,1%) válaszolt igennel arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt két év során találkozott-e olyan esettel, amely megrázta Önt?”. Átlagpontszámuk a PTSD teszten 19,8 pont volt. 80,2%-uk (69 fő) a Posttraumás stresszbetegség általunk be kategorizált alacsony rizikójú csoportjába tartozik, míg 19,8%-uk (17 fő) a magasabb rizikójú csoportba.

Akik nemleges választ adtak azok átlagosan 14,17 pontot kaptak a kérdőív ezen részére, közülük 30 fő (80,7%) az alacsony, míg 5 fő (14,3%) a magas rizikójú kategóriában érintett a betegség szempontjából. A trauma átélése mintánkban szignifikánsan befolyásolta a PTSD teszten elért pontszámot ($p=0,031$).

A Posttraumás stresszbetegség és a szaksegítségre való igény

A válaszadók közül 73 fő igénybe venné szakember segítségét a mindennapos stresszel való megküzdésben, ha arra lehetősége lenne. Ők a PTSD teszten átlagosan 20,05 pontot értek el. Azok a mentődolgozók, akik nem élnének a lehetőséggel viszont csak 15,31 pontot kaptak átlagosan. A teszten elért pontszámok és a segítségre való igény között szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p=0,05$). A szakmai segítség hiányában a mentődolgozók jelentős hányada a családjával (50%) vagy a kollégáival (39%) beszél meg a problémáit. (2. ábra) Azok közül, akik az elmúlt 2 évben átéltek valamilyen megrázó eseményt a munkavégzésük során szignifikánsan többen veszik igénybe a családjuk ($p=0,002$) vagy a kollégájuk segítségét ($p=0,003$).

2. ábra: Az igénybevett segítség megoszlása a traumát átélte mentődolgozók között (n=86)



Gyógyszerfogyasztás a mentődolgozók körében

Meglepő módon a nagyfokú stressz ellenére is csak a megkérdezettek 6,6%-a (8 fő) fogyaszt valamilyen gyógyhatású készítményt elalváshoz, illetve stresszoldáshoz. Közülük 1 fő nő és 7 fő férfi. A válaszadók közül 2 fő használ altatót és nyugtatót is, 4 fő csak nyugtatót és 2 fő rendszeres alkoholfogyasztó. Legtöbbször benzodiazepin (alprazolam – Frontin, Xanax) vagy növényi hatóanyagú (macskagyökér – Hova, Valeriana; Sedatif Pc) készítményeket szednek. A traumás események és a szerhasználat között nem mutatható ki összefüggés, mivel a gyógyszerfogyasztók mindegyike élt át valamilyen megrendítő eseményt az elmúlt 2 évben ($p=0,062$). Átlagos PTSD pontszámuk 37,12 pont, a nem fogyasztóké viszont szignifikánsan alacsonyabb (16 pont, $p<0,001$). A szerhasználók szignifikánsan nagyobb arányban fordulnának szakemberhez ($p=0,018$), ha arra lehetőségük lenne, mint azok a válaszadók, akik nem használnak gyógyszereket. A PTSD alacsonyabb rizikójú csoportjában kevesebb gyógyszerhasználó található, mint a magasabb rizikójú kategóriában ($p=0,001$). (II. táblázat)

II. táblázat A gyógyszerfogyasztás és a PTSD súlyosságának összefüggése mentődolgozók körében hazánkban 2010-ben (n=121)

Gyógyszerhasználat	PTSD	
	Enyhe kategória	Súlyos kategória
Igen	2,5% (3 fő)	4,1% (5 fő)
Nem	79,3% (96 fő)	14% (17 fő)
Chi-négyzet próba p értéke	p=0,001	

A gyógyszerhasználó mentődolgozók 75%-a (6 fő) OMSZ-os pályafutása alatt kezdte a szer szedését. 62,5%-uk (5 fő) úgy gondolja, hogy a gyógyszerfogyasztásuk összefüggésben van munkahelyükkel. 25%-uk (2 fő) házi- vagy szakorvosánál jut hozzá a szerekhez, 1 fő munkahelyén, 1 fő szórakozóhelyen, míg ketten egyéb forrásból.

Dohányzás és a PTSD összefüggései

A mintában 48 fő, 4 fő nő és 44 fő férfi dohányzik rendszeresen. PTSD átlagpontszámuk 16,68 pont. A megkérdezett mentődolgozóknál ezen káros szokás előfordulási gyakoriságát nem befolyásolta a kérdőívben elért pontszám ($p=0,311$).

PTSD és az alkoholfogyasztás viszonya

A válaszadók közül 17 fő fogyaszt rendszeresen szeszesitalt. Az alkoholfogyasztás és a PTSD teszten elért pontszámok között nem mutatkozik szignifikáns összefüggés. Közülük 4 fő tartozik a betegség súlyosan veszélyeztetett kategóriájába. A szórakozóhelyek látogatásának gyakorisága és az italozás mértékét között szignifikáns összefüggés van ($p<0,001$).

Az illegális drogfogyasztás összefüggései a Posttraumás stresszbetegséggel

A vizsgált mentődolgozók közül 28 fő használt már élete során kábítószer, közülük 2 fő nő és 26 fő férfi. A szerhasználatot, illetve a kipróbálást szignifikánsan befolyásolta a válaszadó életkora, ugyanis alacsonyabb volt azon mentődolgozók átlagéletkora (29 év), akik már találkoztak kábítószerekkel ($p<0,001$). A vizsgált mentődolgozók családi állapota és illegális drogfogyasztása között szignifikáns kapcsolat mutatkozott (III. táblázat).

III. táblázat Drogfogyasztás és családi állapot kapcsolata mentődolgozók körében hazánkban 2010-ben (n=121)

Családi állapot	Illegális drogfogyasztás	
	Igen	Nem
Egyedülálló	3,3% (4 fő)	17,4% (21 fő)
Élettársi kapcsolatban él	12,4% (15 fő)	13,2% (16 fő)
Házasság	7,4% (9 fő)	40,5% (49 fő)
Elvált	0	5,8% (7 fő)
Chi-négyzet próba p értéke	p=0,001	

16 fő mentődolgozó karrierje során került kapcsolatba szerekkel. Meglepő módon azok között, akik több éve dolgoznak az

OMSZ-nál, kisebb arányú a kábítószer használat előfordulása. A droghasználat nincs összefüggésben a PTSD mértékével a teszten elért pontszámok alapján ($p=0,601$), a rendszeres alkoholfogyasztással annál inkább ($p=0,012$). Azon mentődolgozóknak, akik már használtak életük során valamilyen illegális szert több drogfogyasztó ismerőse van ($p<0,001$). Ugyanez igaz a fiatalabb korosztályra is ($p=0,021$). Akik próbáltak már illegális szereket, azok kevésbé ítélik el a rendszeres szerhasználót ($p<0,001$). Szignifikáns összefüggés mutatkozik a szerhasználat és a jelenleg hatályos kábítószerfogyasztásra vonatkozó törvény enyhítési hajlandósága között ($p=0,001$). Mintánkban nagyobb arányban nem enyhítenék a törvényt azok a mentődolgozók, akik életük során még nem kerültek kapcsolatba drogokkal. A fiatalok rugalmasabb hozzáállása jelen kérdésben érvényesül ($p=0,003$), ugyanis az enyhítés mellett voksoló mentődolgozók átlagéletkora csupán 30 év volt, a kérdésre nemmel válaszolók 37 évéhez képest. Ezek mellett a családban élők is nagyobb arányban enyhítenék a drogfogyasztás törvényi kereteit ($p=0,002$) az egyedülálló mentődolgozókhoz képest.

Következtetések

A kutatásban résztvevő mentődolgozók közül 22 főnek volt 30 feletti PTSD pontszáma, közülük 9 főnél 40 pont feletti volt ez az érték. A kapott adatok nem támasztják alá egyértelműen a betegség jelenlétét, de nagyban valószínűsítik azt. Kutatásunkban az előzetes hazai vizsgálatokkal szemben (Gyermán et al., 2008) nem volt meghatározó különbség a nemek között a betegség kialakulásának esélyét tekintve, melynek oka nagy valószínűséggel a megkérdezett női dolgozók alacsony létszámában rejlik. A vizsgálatba bevont mentődolgozók esetében nem volt összefüggés a PTSD súlyossága, valamint a beosztás, a dolgozó lakhelye és családi állapota között sem. Iskolai végzettség tekintetében közel azonos fokú

volt a Posttraumás syndroma előfordulása az alacsonyabban és a magasabban képzetek csoportjában is. Szignifikáns összefüggés volt kimutatható a megrázó élmények átélése és a PTSD teszten elért pontszámok között. A válaszadók 60%-a igénybe venné szakember segítségét, ha arra a munkahelyén lehetősége lenne. Ennek a csoportnak szignifikánsan magasabb volt a PTSD pontszáma, mint azoknak, akiknek saját bevallásuk szerint nincs szükségük segítségre. Mintánkban 8 fő használ az elalváshoz, illetve a stressz oldására gyógyhatású készítményeket. 60 %-uk a PTSD teszten 30 vagy annál több pontot ért el. A szerhasználók átlagpontszáma majdnem kétszerese a nem használókéknak. A fogyasztást szignifikánsan befolyásolták az elmúlt két évben átélt megrázó élmények.

A vizsgálatba bevont mentődolgozók között az előzetes feltételezéseknek ellentmondva csupán 23%-os volt a jelenlegi és/vagy múltbéli illegális droghasználat, mely nem volt összefüggésben a vizsgált betegség meglétével, avagy súlyosságával. Meglepő módon, akik hosszabb ideje dolgoznak az OMSZ-nál, azoknak kisebb arányban volt kapcsolatuk illegális szerekkel. Az irodalmi adatoknak megfelelően a fiatalabb korosztály a használat és a törvényi enyhítés szempontjából is érintettebbnek bizonyult (Dési, 1999, Elekes és Paksi, 1997; Reiner és Újvári, 1997, Szomor, 1997). A drogfogyasztóknak több a szintén fogyasztó ismerőse, kevésbé ítélik el az addiktív magatartásúakat és kisebb arányban enyhítenék a jelenleg hatályos törvényi szabályozást a drogfogyasztás büntetését illetően.

Fontos lenne a mentőmunkában fellépő stresszel kapcsolatos megküzdési mechanizmusok részletesebb feltérképezése, melynek következtében olyan prevenció és intervenció lehetőségek kidolgozására kerülhetne sor, amelyek nagyban hozzájárulnának a poszttraumás stressz szindróma kialakulásának megelőzéséhez valamint kezeléséhez. A munkahelyi egészségmegőrzés a munkahelyek korszerű menedzsment felfogásának elengedhetetlen része.

Irodalomjegyzék

1. Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woolard, M. (2004): Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, 21: 235-236
2. Betlehem, J., Horváth, A., Göndöcs, Z., Jeges, S., Boncz, I., Oláh, A. (2010): A kivonuló mentődolgozók egészségi állapotát befolyásoló főbb tényezők hazánkban. *Orvosi Hetilap*, 151; 51:2089-2098
3. Bethlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Kriszbacher, I., Boncz, I., Olah, A., Bodis, J. (2007): A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon. *Nővér*, 20; 6:3-13
4. Bogár K., Perczel F. D. (2007) Trauma és pszichózis, *Psychiatria Hungarica*, 22; 4: 300-310
5. Foa, E.B., Ehlers, A. Clark, D.M., Tolin, D.F., Orsillo, S.M. (1999): The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation, *Psychological Assessment*, 11; 3: 303-314
6. Harrington R. (2001): The railway accident: trains, trauma and technological crisis in nineteenth century Britain. 31-56. In: Mark S. Micale, Paul Lerner, (eds) *Traumatic Pasts: History and Trauma in the Modern Age*. Cambridge: Cambridge University Press, Cambridge.
7. Hegedűs K., Kovács M. (2008): A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra, *Hippocrates*, 10; 2: 60-64
8. Hegedűs K., Riskó Á. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota, *Lege Artis Medicinae*, 14; 11: 786-793
9. Juhász Z., Simon M., Nagymajtényi L. és mtsai (2006): Az életmód és az egészségi állapot jellemzői a Dél-Alföldi Regionális Mentőszervezet dolgozóinál, *Magyar Mentésügy*, 1-4: 98-105
10. Kessler R.C. (2000): The epidemiology, natural history, and pharmacoeconomics, of social anxiety and PTSD, *European Neuropsychopharmacology*, 10; 3: 185-186
11. Laposa, J.M., Alden. L.E. (2003): Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 41;1: 49-65
12. Marton-Simora, J., Gyermán, O., Nagy, G., Deutsch, K., Göndöcs, Zs., Bethlehem, J. (2008): Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében. *Nővér*, 21;4:10-19.
13. Mills, L.K., Lynskey, M., Teeson, M., Ross, J., Darke, S. (2005): Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77;3:243-249.
14. Palfi, I., Nemeth, K., Kerekes, Z., Kallai, J., Bethlehem, J. (2008): The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 14;1:19-25.
15. Satoko M., Masatoshi, F., Nakata, K., Shirakawa, T. (2006): Impact of post-traumatic stress disorder and job-related stress on burnout: A study of fire service workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31; 1: 7-11
16. Smith, R.C., Blumenthal, H., Badour, C., Feldner, M.T. (2010): An investigation of relations between crystal methamphetamine use and posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviours*, 35;6:625-627.
17. van der Velden G.P., Kleber R.J., Koenen, K.C. (2008): Smoking predicts posttraumatic stress symptoms among rescue workers: A prospective study of ambulance personnel involved in the Enschede Fireworks Disaster. *Drug and Alcohol Dependence*, 94;1-3:267-271

Correlations between the use of mind-altering substances and post-traumatic stress disorder among ambulance crew

Emese Pék, Dr. Gábor Nagy, József Marton-Simora, Krisztina Deutsch, Dr. Balázs Radnai, József Szabó, Dr. József Betlehem

Aim of the study: *The authors' aim was to assess the mental load on ambulance crews on callout duty, the incidence of post traumatic stress disorder (PTSD) among them, its severity, the possible circumstances under which it develops, and the factors that influence it. In addition to these, they researched the use of mind-altering substances (narcotics, alcohol, sedatives, tranquilisers, other) in relation to coping with the stress.*

Sample and method: *The non-random cross-section survey conducted among a convenience sample of 121 ambulance workers on callout duty, took place with the participation of the following ambulance stations: Győr, Székesfehérvár, Kecskemét, Pécs, Szekszárd, Szeged, Veszprém, Tapolca and Ajka. The data gathering tool: the Trauma symptom checklist-40 standard PTSD assessment test developed by John Briere and March Runtz, supplemented with the authors' own question groups. The authors analysed the received data with a chi-square test, a two-sample T test and correlative analyses, using SPSS 15.0 statistical software.*

Results: *Among those surveyed, the average score in the standard PTSD test was 18 points (0-99). More than half of the respondents had undergone some kind of traumatic event in the past two years (71.1%, 86 persons). These ambulance workers had a significantly higher score in the PTSD test ($p=0.031$) Among the respondents, eight persons (6.6%) use some kind of mind-altering substance (sedatives, tranquilisers) or alcohol to relieve stress. This proportion correlates with the scores achieved on the PTSD scale ($p<0.001$). The number of substance users is significantly lower in the less severe PTSD category ($p<0,001$). Among the surveyed ambulance workers, 28 persons had used some kind of narcotics at some time in their life. Drug usage showed no significant correlation with the PTSD score ($p=0.601$), but there was a link with regular alcohol consumption ($p=0.012$).*

Conclusions: *In an examination of the psychosocial load on ambulance workers, it has been proven that there is a high risk of PTSD developing among these individuals. Based on the results it can be concluded that in the coping mechanisms of ambulance workers, medicines, illegal narcotics and other mind-altering substances currently have a minimal role. It has been demonstrated that among ambulance workers who have undergone trauma, mental hygiene is very important and there is a high demand for professional help.*

Keywords: *post traumatic stress disorder (PTSD), ambulance workers, mind-altering substances*

A magyar munkaképes korú nők fizikai aktivitását befolyásoló tényezők

Dr. Kovács Éva

főiskolai tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alapozó Egészségtudományi Intézet Morfológiai és Fiziológiai Tanszék

Karóczy Csilla Kata

gyógytornász – fizioterapeuta főiskolai hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Gyógytornász szak III. évfolyam

Dr. Kriszbacher Ildikó PhD

egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Az inaktív életformát, mely krónikus betegségek módosítható rizikófaktora, számos tényező befolyásolhatja, melyek eltérően hatnak a különböző gazdasági és kulturális közegben élők életmódjára. Ezért a szerzők célja, hogy felmérjék és megvizsgálják a nagyvárosi nők fizikai aktivitását befolyásoló tényezőket.

Vizsgálati módszerek és minta: A kutatásba kényelmi mintavétellel 18–65 év közötti nagyvárosban élő nők kerültek be. A fizikai aktivitás, a demográfiai, életmódbeli és egészségi tényezők felmérése önkitöltős kérdőívvel történt. A szerzők a kapott adataikat leíró statisztikai módszerrel elemezték, a fizikai aktivitás és a feltételezett befolyásoló tényezők közti összefüggéseket 2-próbával vizsgálták.

Eredmények: A minta fizikai aktivitásának átlaga nem érte el a betegségmegelőző mértéket. A fizikai aktivitás szignifikánsan összefüggött krónikus betegség fennállásával, dohányzásmentes életmóddal, viszont a magas testtömegindex, a foglalkoztatottság, a jövedelem, az iskolázottság, valamint a családi állapot nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a fizikai aktivitással.

Következtetések: Azok a nők, akik nem szenvednek krónikus betegségben, nem fordítanak elég figyelmet arra, hogy életmódjukat több fizikai aktivitás jellemezze, viszont akik betegek, azok felkeresnek valamilyen mozgásprogramot. A szerzők különösen fontosnak tartják, hogy ezeket a foglalkozásokat gyógytornász–fizioterapeuta vezesse, aki figyelembe veszi a nagyvárosi nők betegségeit. Az eredmények felvetik annak szükségességét is, hogy a mozgáslehetőség mellett elérhető legyen dietetikai és szakorvosi tanácsadás is.

Kulcsszavak: fizikai aktivitás, nők, krónikus betegség, mozgásprogram, tanácsadás

Elméleti háttér, a probléma ismertetése

Az utóbbi évtized epidemiológiai- és klinikai kutatásainak eredményei megerősítik azt a régóta közismert tény, hogy a rendszeres fizikai aktivitás fontos szerepet játszik számos krónikus betegség primer és szekunder prevenciójában (Fritz et al., 2004).

Már a közepes intenzitású, de rendszeresen

végzett fizikai aktivitás a cardiovascularis betegségek miatti mortalitást 50%-kal, a 2. típusú diabetes mellitus incidenciáját 58%-kal csökkenti, a colon-carcinoma kialakulásának kockázatát 50 %-kal, az emlőrák kockázatát 27%-kal mérsékli az inaktív életmódot folytatók kockázatához képest (Wartburton, 2006). A fizikai aktivitás a csontritkulás primer és szekunder prevenciójában is jelentős szerepet játszik (Bors, Bálint, Szekeres, 2002). Egy kutatás szerint az aerob tréning-

get követően 9 hónappal a csontsűrűség kb. 2%-kal emelkedik (Bassey, 2001).

A fizikai aktivitás a munkavégzéssel, az utazással, a házimunkával, valamint a szabadidős tevékenységgel kapcsolatos mozgásformákat foglalja magába (Gromley, Hussey, 2005).

Az Amerikai Sportorvosi Kollégium 2007. évi ajánlása szerint (Haskell, 2007) a fizikai aktivitás egészségvédő (betegségmegelőző) hatása 18-65 év közötti egészséges egyének esetében akkor érvényesül, ha

- ⇒ hetente legalább 5 alkalommal minimum 30 perces közepes intenzitású aktivitást végeznek;
- ⇒ vagy hetente legalább 3 alkalommal minimum 20 perces erőteljes mozgást folytatnak;
- ⇒ vagy a két különböző intenzitású mozgásformából összesen legalább 3000 Metabolikus Equivalens (továbbiakban MET) energiefelhasználással járó mozgást végeznek, akár a munkájuk akár a szabadidejük során.

A fentieket ajánlott hetente két alkalommal a nagy izomcsoportokat érintő erősítő gyakorlatokkal kiegészíteni.

Közepes intenzitású mozgásnak az számít, ami percenként 3-6 MET energiefelhasználással jár, mint pl. (Huszár, Kullmann, Tringer, 2000):

- ⇒ ablaktisztítás,
- ⇒ padlómosás,
- ⇒ porszívózás,
- ⇒ fűnyírás, kapálás, ásás, avargereblyezés,
- ⇒ lassú lépcsőzés,
- ⇒ 5 km/óra sebességű gyaloglás,
- ⇒ 10 km/óra sebességű kerékpározás,
- ⇒ könnyű gimnasztika,
- ⇒ táncolás.

Erőteljes mozgásnak az, ami percenként 6 MET-nél több energiát igényel, ilyenek pl. (Huszár, Kullmann, Tringer, 2000):

- ⇒ mérsékelt sebességű vagy gyors lépcsőzés,
- ⇒ hólapátolás
- ⇒ kocogás, futás,
- ⇒ gyors labdajátékok: kézilabda, fallabda, tenisz.

Akinek az életmódja a fent ajánlottnál kevesebb mozgásmennyiséget tartalmaz, az fizikai szempontból inaktívnek számít. A fizi-

kai inaktivitás az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban WHO) adatai szerint a krónikus betegségek 5. leggyakoribb rizikófaktora (Ritsatakis, 2008), mely azonban tudatos életformaváltással módosítható.

A mozgásos életformát számos tényező befolyásolhatja, melyek a WHO modellje szerinti négy szinten hatnak (Ritsatakis, 2008):

- ⇒ Az egyén szintjén hatnak az egészségi állapottal, testalkattal kapcsolatos, valamint a pszichológiai és demográfiai tényezők.
- ⇒ A társadalom szintjén ható tényezők közé a társas környezet (család, tornatársak, családorvos, szakemberek) támogatása, a szakemberek tanácsadása tartoznak.
- ⇒ A tárgyi környezetből fakadó tényezők pl. a biztonságos utcák, és zöld környezet, bicikli utak, elérhető sportpályák.
- ⇒ A természeti környezet szintjén az időjárási, víz- és földrajzi tényezők hatnak.

Ezek a tényezők eltérően befolyásolják a különböző életkorú, különböző gazdasági és kulturális közegben élők életmódját, és mozgásmagatartását.

A vizsgálat célja

A világ számos országában vizsgálták ezen tényezők fizikai aktivitásra gyakorolt hatását, de Magyarországon hasonló vizsgálatot eddig még nem publikáltak. Ha ismernénk, hogy a fenti tényezők közül melyek játszanak fő szerepet a magyar, nagyvárosban élő, 18-65 év között nők mozgásmagatartásában, akkor eredményesebben tudnánk az életkörülményüknek, lehetőségüknek, és szükségletüknek megfelelő mozgásprogramot tervezni.

Keresztmetszeti kutatásunknak célja ezért az volt, hogy statisztikai módszerekkel feltárjuk, milyen tényezők befolyásolják a magyar asszonyok fizikailag aktív életmódját, testgyakorlásban való részvételét.

Hipotézis

Feltételeztük, hogy összefüggés van a nagyvárosban élő nők fizikai aktivitási szintje és iskolai végzettsége, családi állapota, jövedelmi viszonya, testsúlya, krónikus beteg-

ségei, dohányzási szokásai, valamint alkalmazásban állása közt.

A vizsgálat módszere

Résztevők

A kutatásba 18-65 év közötti Budapesten élő asszonyokat vontunk be, önkéntes részvétel alapján.

Kényelmi mintavételt alkalmaztunk egy egészségügyi, egy szociális intézmény, valamint egy hivatal dolgozói között. A további résztvevőket személyes kapcsolataink alapján vontuk be. Törekedtünk arra, hogy minden korosztály képviseltesse magát 18 és 65 év között, és legyenek a mintában magas és alacsony iskolai végzettségű személyek egyaránt.

A résztvevők a kutatás lényegéről írásos tájékoztatást kaptak a kérdőívek elején.

Mérések

A fizikai aktivitás mérésére alkalmazott módszerek közül egy nemzetközi kutatócsoport által kifejlesztett és validált, önkitöltős kérdőív magyar nyelvű változatát alkalmaztuk (International Physical Activity Questionnaire: IPAQ) (Neumann, 2008). A kérdőív egy átlagos hét közepes és erőteljes mozgásainak gyakoriságára és időtartamára kérdezett rá. Az eredményeket a pontozási útmutató szerint összesítettük és MET értéké alakítottuk (Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire, 2009).

A kérdéseket kiegészítettük választásos zárt kérdésekkel, melyek a demográfiai és az egészségi állapotra vonatkoztak, úgymint életkor, testmagasság, testsúly, és rákérdeztünk az esetleges társbetegségekre, a dohányzási szokásokra, a családi életkörülményekre, az iskolai végzettségre, valamint arra, hogy a válaszadó alkalmazásban van-e, és milyen jövedelmi kategóriába sorolja magát.

Statisztikai elemzés

A datainkat leíró statisztikai módszerrel elemeztük, a fizikai aktivitás és a feltétele-

zett befolyásoló tényezők közti összefüggéseket χ^2 -próbbával vizsgáltuk. A mintánk és a népszámlálás adatain alapuló magyarországi 18-65 év közötti női populáció korstruktúráját a százalékos megoszlás alapján hasonlítottuk össze. Az eredményeket 0,05-nél kisebb p-érték mellett tekintettük szignifikánsnak.

Inaktív életmódnak azt tekintettük, ahol a fizikai aktivitás szintje nem érte el a betegségmegelőző mértéket, azaz nem végzett az illető személy legalább 1500 MET összenergiának megfelelő erőteljes mozgást, VAGY összesen 3000 MET-nek megfelelő közepes és erőteljes mozgást egy átlagos hét folyamán (Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire, 2009).

Eredmények

A 300 szétosztott kérdőívet a minta 74%-a, azaz 221 nő töltötte ki. Kizártuk az elemzésből azt a 16 főt, akik a megadott életkori határokon kívül estek. Így összesen 205 kérdőívet értékeltünk.

A válaszadók átlagéletkora 45,69 (SD 13,12) év volt. A mintánk életkor szerinti megoszlását és az UNESCO adatai (Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2008) alapján számított korstruktúrát az **I. táblázat** foglalja össze.

I. táblázat: A minta és a 18-65 év közötti női populáció kor szerinti megoszlása

Korcsoport	Hivatalos adatok szerint	Minta szerint
18-29 év	20,4%	14,7%
30-39 év	24,9%	21%
40-49 év	20,2%	20%
50-65 év	36,5%	44,3%

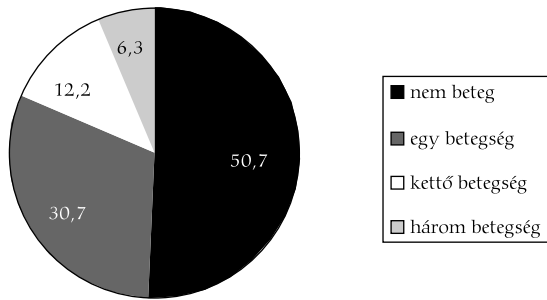
Az összehasonlítás alapján a 18-65 év közötti nőkből álló mintánkban a 18-29 év közötti korosztály alul, míg az 50-65 év feletti korosztály felülreprezentált volt. A 40-49 év közötti korcsoport aránya megfelelt a jelenlegi magyarországi korstruktúrának.

A résztvevők átlagosan hetente 2933 (SD 235,8) MET energiefelhasználással egyenér-

tékü fizikai aktivitást végeztek. Átlagosan naponta 6 óra 12 percet (SD 2,4 óra) töltöttek ülőhelyzetben, 22%-ukat inaktívnak ítéltük. Az átlagos BMI érték 27 (SD 1,18) kg/m² volt. A résztvevők 22%-a dohányzott.

A 1. ábra szemlélteti, hogy a válasz-

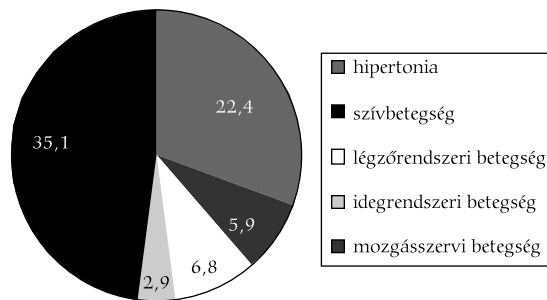
1. ábra: Személyenkénti megbetegedések száma (n = 205)



adók majdnem fele a vizsgált krónikus betegség valamelyikében szenvedett, ezen belül a mintának egyharmada egy, több mint 10%-a kettő, és több mint 6%-a három betegséget is megjelölt.

A 2. ábrán feltüntettük, hogy a betegség-

2. ábra: A mintában előforduló krónikus betegségek gyakorisága (n = 205)



gel küzdők között milyen betegségek és milyen gyakoriságban fordultak elő.

Bár a válaszadók átlagéletkora alig volt több, mint 45 év, több mint egyharmaduk mozgásszervi problémákkal küzdött, és majdnem egynegyede szenvedett magas vérnyomásban.

A II. táblázat a χ^2 -próbák eredményeit mutatja.

A fizikai aktivitás szignifikáns kapcsolatot mutatott azzal, hogy fennállt-e krónikus betegség. A dohányzással tendenciaszerű összefüggést tudtunk kimutatni. Vagyis na-

II. táblázat: A fizikai aktivitás és a testalkat, az életmód valamint a motivációs tényezők közti összefüggések

vizsgált független változó	χ^2 - érték	p - érték
fennálló krónikus betegség	5,388	0,02
dohányzás	3,152	0,07
BMI	2,716	0,99
jövedelmi viszonyok	0,882	0,348
iskolai végzettség	0,104	0,747
alkalmazásban állás	0,265	0,608
családi állapot	0,101	0,717

gyobb valószínűséggel volt jellemző a fizikailag aktív életmód arra a nagyvárosi nőre, aki a vizsgált krónikus betegség valamelyikében szenvedett, vagy nem dohányzott.

A testtömegindex, a jövedelmi viszonyok, az iskolai végzettség, az alkalmazásban állás, valamint a családi állapot nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a fizikai inaktivással.

Megbeszélés

Kutatásunk célja az volt, hogy a magyarországi nagyvárosban élő nők mozgásmagatartását megismerjük. A budapesti nők átlagos fizikai aktivitási szintje (2933 MET) nem éri el az irányelvek szerint szükséges egészségvédő szintet (3000 MET). Viszont a szervezett keretek között vagy önállóan fizikai aktivitásban résztvevő nők, illetve az aktív életvitelt folytató nők közül sokan valamilyen krónikus betegségben szenvednek.

King szerint (King, 2001) különösen a nagyvárosban élő, kis keresetű, alacsony iskolai végzettségű, dohányzó, túlsúlyos és betegségekben szenvedő nők között gyakori az inaktív életforma. Tanulmányunkban mi is bizonyítottunk találtuk a krónikus betegségek megléte és a fizikai aktivitás kapcsolatát, de King eredményével szemben mi épp azok között mutattuk ki a krónikus betegségben szenvedők magasabb arányát, akiket az aktív életforma jellemez. A fizikai aktivitásnak a túlsúllyal, a jövedelmi viszonyokkal, az iskolázottsággal, az alkalmazásban állással és a családi állapottal való kapcsolatot nem tudtuk kimutatni, ezen tényezők további vizsgálatát nagyobb elemszámú mintán érdemes folytatni.

Eredményeinket összehasonlítottuk ka-

nadai (Sai et al., 2009), svéd (Bergman, Grijbovski, Hagströmer, 2009) és kínai (Jurij, Wen, Gao, 2007) kutatások eredményeivel, habár ezek országos, nagy elemszámú mintából származnak (III. táblázat).

Tanulmányunkban mi is bizonyítottunk találtuk a fennálló krónikus betegség hatását, viszont nem tudtuk kimutatni a fizikai aktivitás és az iskolai végzettség, jövedelmi viszonyok, túlsúly, családi állapot, vala-

III. táblázat: A fizikai inaktivitás összefüggései a feltételezett befolyásoló tényezőkkel kanadai, svéd, kínai és saját mintán

	Kanada	Svédország	Kína	saját eredmények
Minta	15-79 év 5167 fő	18-74 év 1470 fő	40-70 év 79942 fő	18-65 év 205 fő
rossznak ítélt egészségi állapot	+	-		
magas iskolai végzettség	+	-	nincs	nincs
magas jövedelem	+		+	nincs
magas BMI		-	-	nincs
egyedül élés		+	nincs	nincs
alkalmazottság				nincs
meglévő krónikus betegség			+	+
dohányzás				+
+ pozitív összefüggés - negatív összefüggés				

A kanadai asszonyoknál a személy által rossznak ítélt egészségi állapot, a magas iskolai végzettség és a magas jövedelem pozitívan függött össze a fizikai aktivitással. Vagyis ebben a tengerentúli, fejlett ipari társadalomban a képzetesebb, jobb anyagi körülmények között élő nők, valamint azok a nők mozognak többet, akik saját megítélésük szerint rossz egészségi állapotban vannak. Ugyanakkor a svéd asszonyoknál az első két változó és a 30 kg/m² feletti BMI negatív, az egyedül élés pozitív összefüggést mutatott. Ebben az európai fejlett ipari társadalomban, ahol régi hagyománya van a testmozgásnak, a fizikailag aktív életmódot folytatók között szignifikánsan több az, aki jó egészségi állapotban érzi magát, nincs magas iskolai végzettsége, nem rendelkezik testsúlyfelesleggel, vagy nem él teljes családban.

A kínai mintában - melyben csak 40 év feletti asszonyok vettek részt - a magas jövedelem pozitívan, a magas BMI negatíván függött össze a fizikai aktivitással, a családi állapot és az iskolai végzettség összefüggését nem tudták kimutatni, továbbá krónikus betegség fennállása pozitívan függött össze. Ebben a kelet-ázsiai országban az a nő, aki jobban keres, nincs súlyfeleslege, illetve aki krónikus betegségben szenved, nagyobb arányban vesz részt mozgásos tevékenységben.

mint alkalmazásban állás összefüggéseit, de ezen tényezők további vizsgálatát nagyobb elemszámú mintán folytatjuk. Mintánkban a fizikailag aktív életmódot folytatók között kevesebben dohányoznak, és szignifikánsan több személynél áll fenn magas vérnyomás, mozgásszervi betegség, légzőszervi, idegrendszeri betegség vagy szívbetegség.

Tanulmányunk eredményeinek értékelésekor figyelembe kel venni, hogy mintánkban a 18-29 év közöttiek aránya alacsonyabb, míg az 50-65 év felettek aránya magasabb, mint a mai női populációban.

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy a fizikai aktív életmódot folytató nők között többen vannak azok, akik valamilyen betegségben szenvednek. Ez magyarázható talán azzal, hogy akik nem szenvednek krónikus betegségben, azok nem fordítanak elegendő figyelmet arra, hogy életmódjukat több fizikai aktivitás jellemezze, viszont akik betegek, azok - talán orvosi tanácsra - felkeresnek valamilyen mozgásprogramot.

Következtetés, javaslatok

Számos mozgáslehetőség van városszer-
te. Eredményeink felvetik azt, hogy különösen fontos lenne, hogy gyógytornász-

fizioterapeuta vezesse a foglalkozásokat, aki a résztvevők elvárásai és az életkor fiziológiai specifikumai mellett figyelembe veszi a nagyvárosban élő nők betegségeit, így azok a választott mozgásprogramot hosszútávon is nagyobb valószínűséggel végeznék. A BMI adatok alapján javasolt, hogy dietetikai tanácsadás, a krónikus betegségek gyakorisága alapján pedig, hogy orvosi kivizsgálás, és tanácsadás legyen elérhető a mozgásprogram mellett.

Pontos adatokkal és eredményekkel természetesen csak egy országos szintű, reprezentatív, longitudinális kutatás szolgálhat. Kutatásunk előtanulmányként szolgál egy későbbi országos felméréshez. Célunk az volt, hogy egy kisebb elemszámú mintán felvett adatokból új, eddig számunkra ismeretlen információkat nyerjünk és integrálhassuk a későbbi kérdőívekbe, módszertanilag ezzel is megalapozzunk egy majdani nagy elemszámú, országos kiterjedésű felmérést.

Irodalomjegyzék

1. Bassey, E.J. (2001): Exercise for prevention of osteoporotic fracture. *Age and Ageing*, 30-S4: 29-31.
2. Bergman, P., Grijbovski, AM., Hagströmer, M. (2009): The association between health enhancing physical activity and neighbourhood environment among Swedish adults - a population-based cross-sectional study. *BMC International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 8-17.
3. Bors, K., Bálint, G., Szekeres, L. (2002): Ajánlás az osteoporosis prevenciójára, az osteoporosisos beteg rehabilitációjára. *Ca és csont*, 5, 3, 93-96.
4. Fritz, P., K., Jakab, E., Ressinka, J., Mészáros, J., Benkő, Zs. (2004): A mozgásos életmód és az életminőség – referátum. *Népegészségügy*, 4, 28-33.
5. Gromley, J., Hussey, J. (2005): Exercise therapy. Prevention and treatment of disease. Backwell Publishing, Oxford, pp. 3-8.
6. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire. Elérhetőség: <http://ipaq.ki.se> Letöltés dátuma: 2009. június 16.
7. Haskell, WL. (2007): Physical activity and public health. *Circulation*, 116, 1081-1093.
8. Huszár, I., Kullmann, L., Tringer, L. (2000): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 274.
9. Jurij, AL., Wen, A., Gao, Y. (2007): Patterns and correlates of physical activity: a cross-sectional study in urban Chinese women. *BMC Public Health*, 7, 213-224.
10. King, AC. (2001): Interventions to promote physical activity by older adults. *Journal of Gerontology*, 56, 36-46.
11. Neumann, NU. (2008): A rendszeres testedzés hatása az egészségre és a jó közérzetre. Commentár: Dr. Apor Péter. *Orvostovábbképző szemle*, 3, 74-81.
12. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Elérhetőség: <http://esa.un.org/unpp> Letöltés dátuma 2009. július 10.
13. Ritsatakis, A. (2008): Equity and determinants of health. Elérhetőség: www.euro.who.int Letöltés dátuma: 2010. szeptember 13.
14. Sai, Yi, Pan, Cameron, C., DesMeules, M. (2009): Individual, social, environmental and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 21-33.
15. Wartburton, ER. (2006): Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 6, 801-9.

Factors influencing the physical activity of women of working age

Dr. Éva Kovács, Csilla Kata Karóczy, Dr. Ildikó Kriszbacher PhD

Aim of the study: *An inactive lifestyle, which is a modifiable risk factor in chronic illnesses, is influenced by numerous factors, which have differing effects on the lifestyle of people living in various economic and cultural surroundings. Therefore, the authors set themselves the objective of assessing and examining the factors influencing the physical activity of women living in large towns.*

Methodology and sample: *The research was conducted on a convenience sample comprising female residents of large towns, aged 19–35 years. The survey of physical activity, demographic, lifestyle and health factors took place using a self-completion questionnaire. The authors analysed the empirical data using descriptive statistical methods, while the correlations between physical activity and the presumed influencing factors were examined using a 2 test.*

Results: *The average physical activity of the sample was below the extent necessary for preventing disease. Physical activity correlated significantly with the presence of chronic disease and a tobacco-free lifestyle; however, a high body mass index, employment, income, education and marital status did not display a significant correlation with physical activity.*

Conclusions: *Those women who do not suffer from chronic disease do not pay sufficient attention to raising the level of physical activity in their lifestyle; however, those who are ill seek out some sort of exercise program. The authors consider it especially important for these activities to be led by a physiotherapist who takes into account the illnesses of female urban residents. The results also suggest that it is necessary for dietetic and specialist medical advice to be available in addition to the exercise opportunities.*

Keywords: *physical activity, women, chronic disease, exercise program, advice*



**Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Országos Védőnői Tagozat
VI. Konferenciája**

MEGHÍVÓ

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Védőnői Tagozata VI. Konferenciáját rendezi meg „Korszerű, új ismeretek biztosítása egészségügyi szakdolgozók” részére címmel.

2011. szeptember 21.-én (szerda)

az Aesculap Akadémián(1115 Budapest, Halmi u. 20-22.), melyre szeretettel várjuk.

A rendezvény továbbképzési pontértékelése folyamatban van.

A részletes program és a jelentkezési lap letölthető a www.meszk.hu honlapról, illetve a területi tagozatvezetőktől igényelhető.

A kitöltött jelentkezési lapot **szeptember 10-ig** kérjük a MESZK Országos Szervezetéhez megküldeni a 1450 Budapest Pf. 214., vagy elektronikus levélként meszk@meszk.hu címre.

Részvételi díj: kamarai tagoknak: **téritésmentes**
nem kamarai tagoknak: 3000,-Ft.

Tüdőrákos betegek megküzdési stílusainak és depresszív tüneteinek egymásra hatása a társas támogatottság tükrében

Pancsó Andrea
főiskolai végzettségű ápoló

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerző felmérte a tüdőonkológiai osztályon kezelt és az ambulancián megjelent tüdőrákos betegek körében a depresszió előfordulását, a kialakult depresszió súlyossági fokát, továbbá vizsgálta a betegek coping mechanizmusát a társas támogatottság tükrében.

Vizsgálati módszerek és minta: Kérdőíven alapuló kvantitatív felmérés, keresztmetszeti, kényelmi mintavételi eljárással, melyben a minta végleges elemszáma $n=104$ fő.

Eredmények: A korábbi hasonló vizsgálatokkal összevetve hasonló eredményeket kapott a szerző, bár a tüdőrákos betegeknél jóval magasabb depressziós értéket tudott kimutatni. A társas támogatottság tüdőrákos betegeknél is védőfaktorának bizonyult, de a vizsgálat szerint nem csak a támogatás minőségének, hanem mennyiségének is szerepe van.

Következtetések: A magas depressziós értékek következtében tüdőrákos betegeknél is szükséges lenne rendszeres pszichológiai, pszichiátriai konzultációk megszervezésére, öngyógyító csoportok létrehozására, melyek segítséget jelentenének a depressziós tünetek enyhítésében, és az adaptív megküzdési módok kialakításában.

Kulcsszavak: coping-mechanizmus, depresszió, tüdődaganat

Problémafelvetés

A világszerte vezető halállokként szereplő tüdőrák súlyos népegészségügyi problémát jelent. A tüdőrák egyre fiatalabb korosztályokban is megjelenik, ill. napjainkban körülbelül ugyanannyi nőt érint a betegség, mint férfit. Ugyanakkor a betegek számának növekedése nem vonta maga után a betegek pszichés problémáinak megoldását.

A daganatos betegek pszichés állapotával foglalkozó szakirodalom áttekintései azt tapasztaltam, hogy a szakirodalom kevésbé foglalkozik a tüdőrákos betegcsoporttal, míg az egyéb daganatcsoportokkal (emlő, colorectális, stb.) viszonylag többet.

Vizsgálatomban arra kerestem a választ, hogy a tüdőrákos betegek körében milyen arányban fordul elő a depresszió, és a társas

támogatottság hogyan befolyásolja a betegek megküzdési módjait.

Elméleti háttér

Számos vizsgálat leírja, hogy a daganatos betegek pszichés problémákkal küzdenek, ezen belül is a depresszió a leggyakrabban előforduló tünet. A diagnózis megismerése után a betegeknek a beavatkozásokhoz, kezelésekhöz is alkalmazkodnia kell, ha a beteg érzékeny, vagy korábban már pszichológiai zavarral küszködött, az ismeretek hiánya, a nem megfelelő kommunikáció, a félelem, a pszichés egyensúlyvesztés depresszív tüneteket produkálhat (Jeney, Kopper, 2002). A terminális állapothoz közeledve a reménytelenség érzése kerekedik felül, a betegek a szorongás, depresszió tüneteit beolvasztják a daganatos pa-

naszok tüneteibe (légszomj, köhögés, stb.); a daganatos szerv okozta panaszokra mintegy „rarakódnak” a szorongásos panaszok (Horti, Riskó, 2006). A depresszió általában a diagnózis közlés után 3–4 héttel alakul ki, ugyanakkor a depressziós pácienseknél nagyobb a mortalitás (William F.P. et al, 2008).

A tumoros betegség férfiaknál és nőknél is stresszt okoz, mindkét nemnek szüksége van a támogatásra. Az interperszonális kapcsolatok csökkentik a szorongást, a családi kapcsolatok, a család és a barátok általi támogatottság fontos szerepet játszik a depressziós tünetek enyhítésében, és az aktív megküzdési módok támogatásában.

A férfiak ált. „jobb minőségű” támogatásban részesülnek, mint a nők, a betegségükkel jobban megbirkóznak, mert kizárólagos támogatójuk intim partnerük. A férfiak a támogatást csak házastársuktól fogadják el, míg a nők, mivel szociálisan érzékenyebbek, a támogatást máshonnan is elfogadják (Schulz, Schwarzer 2004).

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja adatokat gyűjteni tüdőonkológiai osztályon kezelt és az ambulancián megjelent tüdőrákos betegek körében a depressziós állapot meglétéről, a depresszió súlyossági fokáról, és vizsgálni a betegek coping mechanizmusát a társas támogatottság tükrében.

Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a tüdőrákos betegek nagy része depresszióval küzd.
2. Feltételezem, hogy a társas támogatottság minősége és mennyisége befolyásolja a megküzdési módokat.

Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálatot a Pécsi Tudományegyetem Tüdőgyógyászati Klinikájának fekvőbeteg osztályán és ambulanciáján végeztem el. A kutatás négy hónap időtartamú volt, 2010. június 01. és 2010. szeptember 30. között történt.

A vizsgálat célcsoportja diagnosztizált tüdőrákos betegek. A mintába kerülésre minden tüdőrákos betegnek egyenlő esélye volt. A vizsgálatban nem vettem figyelembe a betegség klinikai stádiumát.

A betegeket kényelmi mintavételi eljárással, véletlenszerűen választottam ki, akik vállalták a kérdőív kitöltését és a vizsgálat ideje alatt az adott intézményben tartózkodtak. A vizsgálatban olyan 18 év feletti nők és férfiak vettek részt, akik hozzájárultak a vizsgálatban való részvételhez, önként vállalták az anonim kérdőív kitöltését, valamint mentális státuszuk lehetővé tette a vizsgálatban való részvételüket.

Adatgyűjtési módszerem kérdőíves kutatás három féle kérdőívvel; egy saját szerkesztésű, és két standardizált kérdőívet használtam. A kérdőívek kitöltése kb. 30–40 percet vett igénybe. A saját szerkesztésű kérdőívben a szocio-demográfiai faktorokra (nem, életkor, foglalkozás, iskolai végzettség, stb.) és a betegségre, társas támogatottságra vonatkozó kérdéseket (mióta tudja, hogy ebben a betegségben szenved, a betegsége jellege [frissen felfedezett, kiújult, stb.], milyen kezelésben részesült eddig, a háztartásban élők, kiknek a segítségére számíthat, tagja-e valamilyen csoportnak, stb.) állítottam össze. A Beck-féle depresszió kérdőív (BDI) eredeti, 21 tételű változatát használtam a depresszió gyakoriságának és mértékének vizsgálatára. A megküzdési stratégiák felmérésére a Konfliktusmegoldó kérdőív eredeti 66 tételű változatát alkalmaztam.

A vizsgálat során 113 kérdőív került kitöltésre, ebből 9 kérdőív nem volt értékelhető, így a minta végleges elemszáma $n=104$ fő lett. Két esetben a Konfliktusmegoldó kérdőív hiányosan lett kitöltve, ezért a megküzdési stratégiák vizsgálatát $n=102$ fő adataival végeztem el.

A depresszió gyakoriságának mérése gyakoriság megbízhatósági tartománnyal, a depressziós és nem depressziós pontszámok összehasonlítása átlag megbízhatósági tartománnyal történt. ² próbával vizsgáltam a megküzdési módjai és a társas támogatottság összefüggéseit. A szignifikancia szintet $p \leq 0,001$ határnál állapítottam meg. Az adatok feldolgozása Microsoft Office Excel 2003 számítógépes programmal történt.

Eredmények

A betegek szocio-demográfiai adatai az alábbiak. A vizsgálatban 53 férfi (51%) és 51 nő (49%) vett részt.

Életkor alapján 31-40 év közötti 4 fő (4%), 41-50 éves 14 fő (13%), 51-60 éves 43 fő (41%), 61-70 éves 33 fő (32%), és 71 év feletti 10 fő (10%).

Kevesebb, mint 8 általánost végzett a minta 6%-a, 8 általános végzettségű 20%, szakmunkás 34%, érettségi/szakközépiskola 31%, főiskola/egyetemet végzett 10%.

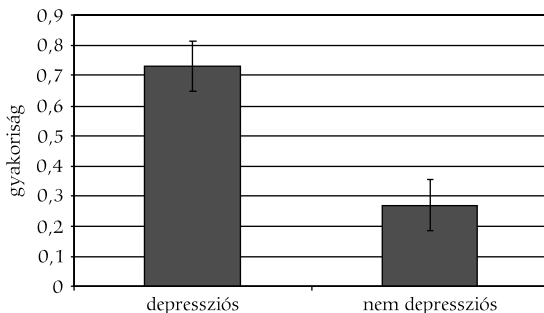
A betegek 10%-a egyedül él, élettársi kapcsolatban él 8%, házas 51%, elvált 14% és özvegy a minta 17%-a.

A betegek 25%-nak 1-3 hónapon belül fedték fel a betegségét, 25%-nak 3-6 hónapon belül, 6-9 hónapon belül 15%-nak, 9-12 hónapon belül 6%-nak, és 12 hónapon túl a minta 29%-nak.

Eddigi kezelések: műtét 3%, kemoterápia 45%, sugárkezelés 2%, egyéb-pl: hormonkezelés 3%, műtét és kemoterápia 18%, műtét és sugárkezelés 1%, kemoterápia és sugárkezelés 18%, műtét, kemoterápia és sugárkezelés 8%, műtét, kemo-, sugárkezelés és egyéb 2%.

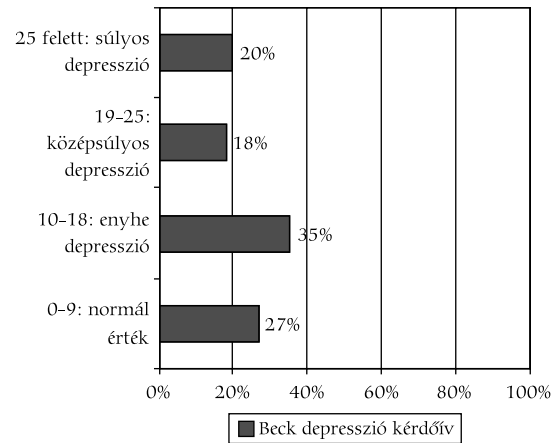
Az első hipotézisem, mely szerint a tüdőrákos betegek nagy része depresszióval küzd, az adott mintát figyelembe véve beigazolódott. 95%-os megbízhatósági szinten a depressziós és nem depressziós páciensek között szignifikáns különbség van. A depressziós páciensek szignifikánsan többen vannak $MT[0,64;0,81]$, mint a nem depressziós páciensek $MT[0,18;0,35]$ (**1. ábra**)

1. ábra: A depresszió gyakorisága a vizsgált mintában (n=104)



A BDI-n normál értéket a betegek 27%-a ért el, a minta 73%-a valamilyen szintű depressziós tüneteket mutat – enyhe depresszió 35%, közepes súlyos depresszió 18%, súlyos depresszió 20%. (**2. ábra**)

2. ábra A depressziós tünetek megoszlása a Beck depresszió kérdőív alapján (n=104)



A vizsgált mintában a nők depressziósabbnak bizonyultak (81%), mint a férfiak (66%). A depresszió mindhárom fázisában nagyobb a nők aránya, míg normál értéket a férfiak magasabb százalékban (34%) értek el.

A 31-40 éves korosztályban közepes súlyos és súlyos depresszió nem mutatkozott, 50%-uk enyhe depressziós, 50%-uk a normál tartományba esett. Magas a depressziós tünetek aránya a 41-50 éves korosztályban – 78%, míg az 51-60 évesek 63%-a mutat depressziós tüneteket. A 61-70 évesek 78%-a depressziós, míg a 71 év felettek közül senki nem esett a normál tartományba, vagyis ebben a korosztályban minden betegnél kimutatható a depresszió valamelyik fázisa.

A kevesebb, mint 8 általánost végzetek 84%-a depressziós, ebből súlyos depressziós 67%. A 8 általánost végzetek 76%-a depressziós, ebből súlyos 29%. A szakmunkások 63%-a mutat depressziós tüneteket, az érettségizettek 85%-a, a főiskolát/egyetemet végzetek 60%-a. Az iskolai végzettség emelkedésével párhuzamosan csökken a súlyos depressziós arány.

Az özvegyek 89%-a, az elváltak és egyedül élők 80-80%-a, a házasok 68%-a, míg az élettársi kapcsolatban élők 50%-a depressziós.

Frissen felfedezett betegség esetén a depressziós arány 68%, kiújult betegség esetén 60%, míg áttétes betegekénél 85%.

A kemoterápián átesettek 77%-ban, a sugárkezelték 50%-ban, a kemo- és sugárterápián átesettek 84%-ban, és a műtét, kemo- és sugárkezelésen átesettek 50%-ban mutatnak depresszív tüneteket.

A vizsgált mintában 95%-os megbízhatósági szinten a depressziós és nem depressziós pontszámok átlaga között szignifikáns különbség van. A depressziós pontszámok szignifikánsan MT[22,6;18,69] magasabbak, mint a nem depressziós pontszámok MT[5,09;3,04]. A BDI pontszámok alapján a depressziós átlagpontszám 20, a normál pontszámok átlaga 4. Ez azért jelentős, mert 19-25 pont már közepesen súlyos, 25 feletti pontszám pedig már súlyos depressziót jelez.

A második hipotézisem, mely szerint a társas támogatottság minősége és mennyisége befolyásolja a megküzdési módokat, az adott mintát figyelembe véve szintén igazolódott. Az alkalmazott megküzdési módokat az **I. táblázat** foglalja össze.

I. táblázat: Megküzdési stílusok százalékos megoszlása a vizsgált mintában (n=102)	
Megküzdési módok típusai	Megoszlás %-ban
Pozitív átértékelés	3
Menekülés - elkerülés	22
Szociális támaszkeresés	9
Távolítás - elfogadás	18
Konfrontálódás	1
Tervszerű problémamegoldás	24
Visszahúzóadás - kontrollvesztés	9
Egyidejűleg többféle megküzdési mód	13

A vizsgált mintában az adaptív megküzdési módokat – pozitív átértékelés, szociális támaszkeresés, tervszerű problémamegoldás – szignifikánsan többen ($p \leq 0,001$) alkalmazzák azok, akik a család támogatásán túl barátoktól is részesülnek támogatásban. A nem adaptív megküzdési módokat – menekülés-elkerülés, távolítás, visszahúzóadás-kontrollvesztés – szignifikánsan többen

($p \leq 0,001$) alkalmazzák azok, akiknek támogatójuk csak családtag. Egyéb támogatás esetén (háziápoló, fizetett alkalmazott) szignifikánsan többen ($p \leq 0,001$) alkalmazzák a visszahúzóadás-kontrollvesztést, mint ahol családtag, vagy családtag és barátok is támogatást nyújtanak.

A 31-40 éves korosztály 75%-ban az aktív megküzdési módokat használja – tervszerű problémamegoldás, pozitív átértékelés, szociális támaszkeresés – csak 25%-uk használja a menekülés-elkerülést. A 41-50 éves korosztály többségének megküzdési módjára a tervszerű problémamegoldás jellemző (36%). A 61-70 évesek többsége (27%) a távolítást alkalmazza. A visszahúzóadás-kontrollvesztést legnagyobb arányban (30%) a 71 év felettek alkalmazzák.

A kevesebb, mint 8 általános végzettségűek 67%-a egyidejűleg többféle megküzdési módot használ. A 8 általános végzettségűek 38%-a távolít. A főiskolát/egyetemet végzetek megküzdési módjára a tervszerű problémamegoldás jellemző (40%).

A menekülés-elkerülés az elváltak (27%) és az özvegyek (33%) közt a leggyakoribb.

A diagnózisközlés óta eltelt 1-3 és 3-6 hónap esetén a menekülés-elkerülés (23%, 19%) és a távolítás (23%, 15%) a leggyakoribb, 6 hónapon túl a tervszerű problémamegoldás (31%).

Mindkét nem hasonló arányban alkalmazza a tervszerű problémamegoldást – férfi 26%, nő 22%, a távolítást – férfi 19%, nő 18%, és hasonló az egyidejűleg többféle megküzdési mód aránya – férfi 11%, nő 14%. A nők legnagyobb százalékban a menekülés-elkerülést alkalmazzák – 29%, 22% a tervszerű problémamegoldás, és 18% a távolítás megoszlása. Férfiak többsége 26%-ban a tervszerű problémamegoldást alkalmazza, 19% a távolítást és 15% a menekülés-elkerülést.

Megbeszélés, következtetések

A kutatás célja az volt, hogy felmérjem a tüdőrákos betegek között milyen arányban fordulnak elő a depressziós tünetek, milyen megküzdési módokat használnak a betegek, és ezt hogyan befolyásolja a társas támogatottság. A vizsgálatban 104 tüdőrá-

kos beteg vett részt, 51% férfi, 49% nő. Míg egy-két évtizeddel ezelőtt a tüdőrák az 50 év feletti férfiak betegsége volt, mára ez az arány megváltozott. A nők a tüdőrákos betegségben felzárkóztak a férfiak mellé, mint a vizsgált minta is mutatja, mára a tüdőrák prevalenciája kb. ugyanannyi nőt érint, mint férfit. Ennek oka elsősorban a dohányzás lehet, a társadalom egyre inkább elfogadó a nők dohányzásával kapcsolatban, így napjainkra kb. ugyanannyi a dohányos nők száma, mint a férfiaké. Életkor szempontjából is jelentős változás történt az elmúlt évtizedekben, a mintába már 31-40 év közötti betegek is bekerültek (4%), ill. megnőtt a 41-50 éves korosztály esetében a betegség megjelenése (13%). Ennek oka valószínűleg szintén a dohányzásra vezethető vissza, napjainkban a dohányzás egyre fiatalabb korban kezdődik. A 15 éven felüliek 34%-a rendszeresen dohányzik, a 18 éves fiatalok közül csaknem minden második, ebben a korosztályban nincs különbség a férfiak és nők közt (Vadász, 2005).

A teljes mintában a depressziós tartomány átlagpontszáma 20, ami a betegek 73%-nál a patológiás tartományba esett. Ez azért jelentős, mert a BDI skála beosztása alapján 24 pontig középsúlyos, majd 25 pont felett már súlyos depresszióról beszélünk. A mintában 40 pontos BDI pontértékkel is találkoztunk.

A vizsgált minta alapján megállapítható, hogy a nők depressziósabbak, mint a férfiak. Vizsgálatok alátámasztották, hogy a férfiak nem tudnak párjuknak elég hatékony támogatást nyújtani, így a nők (mivel szociálisan érzékenyebbek) a támogatást több forrásból is elfogadják. Ez minőségileg elmarad a partnertől kapott támogatás hatékonyságától, valószínűleg ezért gyakoribb esetükben a depresszió kialakulása. Ezzel szemben a férfiak a támogatást általában házastársuktól igénylik, ami minőségileg egy jobb lelki támogatás, ezért betegség esetén pszichésen kiegyensúlyozottabbak (Schulz, Schwarzer, 2004).

A mintában magas a nyugdíjasok depressziós aránya, ők valószínűleg azért depressziósabbak, mert szociális kapcsolatuk beszűkült. Idős korban a veszteségekre (nyugdíjazás, házastárs halála, stb.) ráakódik a betegség terhe, ugyanakkor az izoláció erő-

síti a depressziót. Hasonlóan magas a rokkantnyugdíjasok, munkanélküliek esetében a depresszió gyakorisága, ez valószínűleg esetükben is a szociális kapcsolatok beszűkülésére és az izolációra vezethető vissza.

Korábbi kutatások igazolták, hogy az alacsonyabb iskolázottság magasabb depressziós tünetekkel jár együtt, ez a megállapítás a jelen mintában is igazolódott. Háttérben az iskolai végzettség és a kognitív megküzdés hatékonyságának együttjárása húzóhat; azaz a magasabb iskolai végzettségűek a „problémafókuszú” megküzdést alkalmazzák, így a betegségre mint megoldandó problémára tekintenek.

A legalacsonyabb depressziós értéket a házasság és élettársi kapcsolatban élők érték el, mivel ők párjuktól pszichés támogatást is kapnak. Magas a depressziós arány az egyedül élők és elváltak közt (80%), míg özvegyek esetében ez még magasabb (88%). Általában elmondható, hogy a súlyos depressziós kategóriába a 71 év feletti nők, az özvegyek, a gyermektelenek ill. akinek gyermeke távol él, és azok tartoznak, akiknek betegsége kiújult, nincs támogatottságuk, vagy az egyetlen támogatójuk fizetett alkalmazott vagy háziápoló, azaz hiányzik a hatékony megküzdéshez szükséges szociális támogatottságuk.

A vizsgálat eredménye alapján a nőknél a megküzdési mechanizmusok első helyére a menekülés-elkerülés, míg a férfiaknál a tervszerű problémamegoldás került. Konfrontatív megküzdési módot egy fő esetében találtam, ezt a megküzdési módot azért nem alkalmazzák, mert az orvos-beteg hierarchiában a beteg az orvos alá van rendelve. Magyarországon a paternalista stílus uralkodik az orvosok körében, ahol a betegek függő viszonyban vannak a számukra szolgáltatást nyújtó orvostól (Hetesi, Lukovics, Majó, 2009). Onkológiai osztályokon az orvosok még inkább elvárják betegeiktől az együttműködő, engedelmes viselkedést, utasításaik kérdezősködés nélküli betartását (Lóránt, 2008).

A frissen diagnosztizált betegek 15%-a egyidejűleg többféle megküzdési módot alkalmaz; mivel még nem tudják melyiket használják ezért többfélét próbálgatnak. Ezért lehetséges, hogy két ellentétes skálába is belekerültek. Ezeket a megküzdési módo-

kat valószínűleg helyzettől függően használják. A mintában 13 fő tartozik többféle megküzdési skálába, betegségük jellege frissen felfedezett betegség (1 éven belül), végzettségük szakmunkás, 8 általános vagy ennél alacsonyabb végzettség és az idősebb korosztályhoz tartoznak. Ebben a csoportban a férfiak és nők aránya azonos.

Amíg az idősebb korosztály (50 év felett) elfogadóbb a betegséggel kapcsolatban, addig a megküzdés tekintetében a fiatalok (31-40 év) bizonyultak hatékonyabb megküzdőnek. Ebben jelentősége van az Erikson-féle életszakaszok kríziseinek; míg felnőttkorban az alkotóképesség, idős korban a kétségbeesés jelentkezik. Bár a tüdődaganat komorbiditása, a depresszió igen magas, az hogy a depressziós tünetek egy adott betegnél miként jelennek meg, azt a társas támogatottság minősége és mennyisége alapvetően meghatározza. A családi kapcsolatok, a család és barátok általi támogatottság fontos szerepet játszik a depressziós tünetek enyhítésében, és az aktív megküzdési módok támogatásában.

Érdekes, hogy a mintába került betegek 68%-a azt vallotta, nem igényelne pszichoterápiát, és csupán 32%-uk azt, hogy igénybe venné. Az elutasítás háttérében a stigmatizáltságtól való félelem és az információ hiány állhat; a társadalom elutasító azokkal szemben, akik ilyet igénybe vesznek.

Következtetés, javaslatok

Összességében megállapítható, hogy a korábbi vizsgálatokkal összevetve hasonló eredményeket találtam, bár vizsgálatomban a tüdőrákos betegeknél jóval magasabb depressziós értéket mértem. A társas támogatottság tüdőrákos betegeknél is védőfaktornak bizonyult, de vizsgálatom szerint nem csak a támogatás minőségének, hanem mennyiségének is szerepe van; minél több helyről kap a beteg támogatást, annál hatékonyabb a betegséggel való megküzdés. A család, a barátok szerepe mindvégig kiemelkedő jelentőségű, ugyancsak lényeges a sors-társakkal való kapcsolattartás kialakítása és fenntartása. Vizsgálatomban, aki valamely csoport támogatását élvezzi 16%-ban tervszerű problémamegoldást alkalmaz. Kiemelt je-

lentőségű, hogy a betegre, mint bio-pszichoszociális egészre tekintünk, az ellátás során sajnos a pszichés komponens hiányzik a rendszerből. Aki a betegsége idején pszichiáterhez került (11%), az sem szervezett formában, hanem egyénileg (házi orvos, stb. utalta be a beteget). A leghatásosabb segítséget a betegek onkopszichológustól kaphatnának, de a növekvő betegszám ellenére sem működik (vagy csak kevés helyen) a támogatás ezen formája. A pszichológiai rizikócsoportba tartozó pácienseket már betegségük elején motiválni kellene az elérhető pszichoszociális intervenciók igénybe vételére, így gyógyulási arányaik jobbak, túlélésük hosszabb lehet.

A vizsgálat korlátai

Jelen vizsgálat korlátainak egyike, hogy a tüdőrákos betegeket nagyon nehéz volt a vizsgálatba bevonni. A legtöbb kérdőívet kemoterápiás kezelés során töltötték ki a betegek (45%), ekkor mutatták a legnagyobb hajlandóságot a vizsgálatban való részvételre. Ezáltal a minta viszonylag homogén lett; nem kerültek be a mintába azok a betegek, akik már több éve küzdenek a betegséggel, és sok lett a frissen felfedezett betegek száma. Youngmee tanulmányában azt írja hogy van egy érdekes megfigyelés a tüdőrákos betegekről, mely szerint e betegek „ellenszenvesek”, bizalmatlanok (Youngmee et al, 2005). Magam is hasonló tapasztaltam, összességében elmondható, hogy a 113 beteg, aki kitöltötte a kérdőívet (végleges elemszám n=104) nem szívesen vett részt egy ilyen jellegű vizsgálatban, és kb. ugyanennyi beteggel találkoztam, aki határozottan elutasította.

A vizsgálatban nem vettem figyelembe a betegség klinikai stádiumát, a betegségstádium figyelembe vétele egy hosszabb vizsgálatnak lehet alapja a jövőben.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani Hamvas Edina klinikai szakpszichológusnak (Pécsi Tudományegyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika), aki szakmai iránymutatásával mindvégig segítette munkámat.

Irodalomjegyzék

1. Hetesi, E., Majó, Z., Lukovics, M. (szerk) (2009): A szolgáltatások világa. JATEPress, Szeged, pp. 250–264.
2. Horti, J., Riskó, Á. (szerk) (2006): Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 221–224.
3. Kopper, L., Jeney, A. (szerk) (2002): Onkológia a géntől a betegágyig. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 407–414.
4. Lóránt, I. (2008): Lelki támasz a rákbetegeknek. Kórház, 7-8, pp. 36–37.
5. U. Schulz, R. Schwarzer (2004): Long-term effect of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social Psychology*, 23, 5, pp. 716–732.
6. Vadász, I. (2005): A tüdőgyógyászat és a dohányzás mai összefüggései. *Hippocrates*, VII, 1, pp. 13–17.
7. William, F. P. et al (2008) Depression after diagnosis of advanced non-small cell lung cancer and survival: a pilot study. *Psychosomatics*, 49, 3, pp. 218–224.
8. Youngmee, K. et al (2005): Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effect of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics*, 46, 2, pp. 123–130.

Interaction between the coping mechanisms and depressive symptoms of lung cancer patients, in the context of social support

Andrea Pancsó

Aim of the study: *The author surveyed the incident of depression among lung cancer patients treated in the pulmonary oncology ward and walk-in clinic, and the degree of severity of the depression that set in, and also examined the patients' coping mechanisms in the context of social support.*

Methodology and sample: *Questionnaire-based cross-sectional quantitative survey of a convenience sample with a final population of n=104 persons.*

Results: *The author received similar results to similar survey conducted previously, although a far higher depression value was observed in the case of lung cancer patients. Social support proved to be a protective factor for lung cancer patients also, but the survey found that a role is played not only by the quality, but also by the quantity of the support.*

Conclusions: *Due to the high depression values, lung cancer patients also have a need for the holding of regular psychological and psychiatric consultations, and the setting up of self-help groups, which would offer assistance in alleviating the symptoms of depression, and establishing adaptive coping mechanisms.*

Keywords: *coping mechanism, depression, lung cancer*

TÁJÉKOZTATÓ

EMBRACING THE FUTURE – INFLUENCING CHANGE
FORMÁLJUK A JÖVŐT – BEFOLYÁSOLJUK A VÁLTOZÁST

A FOHNEU V. Nemzetközi Kongresszusa
2012. szeptember 19-21. között
Tarragonában (Spanyolország) kerül megrendezésre



Bővebb információ: www.fohneu.org és www.fohneutarragona2012.com

Ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban

Hirdi Henriett Éva

alelnök, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége, EU
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Rajki Veronika

tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Mészáros Judit dr. prof.

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

Összefoglaló

Az elmúlt évtizedekben a munka világának megváltozott problémái (pl. munkavállalói migráció, demográfiai változások, az egészségi állapot rosszabbodása, új technológiák megjelenése, a gazdasági feltételek rapid változásai, a munkanélküliség, stb.) új munka- és egészségvédelmi megközelítést igényeltek. A foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások is megnövekedtek, a munkavállalókkal való aktív kapcsolatuk révén, szerepük kiemelt fontosságúvá vált. Épp ezért a foglalkozás-egészségügyi szakápolóknak is szükségük lett egy „vezérfonalra” ahhoz, hogy hatékonyabban végezzék mindennapi munkájukat.

A szerzők jelen közleményben vázolják az ápolási modellek jelentőségét a közösségi ápolás, ezen belül is a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén. Röviden ismertetik azokat az ápolási modelleket, melyek alkalmazhatók ezen a szakterületen. Részletesen foglalkoznak a foglalkozás-egészségügyi szakápolás területén alkalmazott egyik legismertebb koncepcionális ápolási modell, a Hanasaari modell létrejöttének történetével, elméleti hátterével.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügyi szakápolás, ápolási modellek

Bevezetés

A munka és az egészség összefüggései régóta ismertek, azonban a XXI. században, a munka világában korábban soha nem látott gyorsuló változás következett be. A demográfiai, gazdasági, technikai-technológiai és ökológiai kihívások új munka- és egészségvédelmi megközelítést igényelnek. A makroszintű változások új egészségkárosító kockázatokat, problémákat is felvetnek, melyeknek kezelése és megoldása a foglalkozás-egészségügyi ellátásra, mint az aktív munkaképes korú lakosság egészségügyi ellátásában résztvevő elsődleges ellátási formára hárulnak/hárultak. (Ungváry Gy. és Morvai V. 2010.) Nyilvánvaló, hogy ezzel

összhangban, a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások is megnövekedtek, a munkavállalókkal való aktív kapcsolatuk révén, szerepük kiemelt fontosságúvá vált. Mindez új típusú szemléletmódot, a korábitól eltérő elméleti és gyakorlati megközelítést, a hagyományos „segédszemély” szereppel való szakítás után, egyre több önállóbb tevékenységet is jelentett. (Béleczki L. 2000.)

Mindeközben jelentős problémát jelent, hogy a foglalkozás-egészségügyi ápoló bár egy team tagja, de általában olyan munkakörnyezetben dolgozik, ahol egyedüli ápolóként áll alkalmazásban, így nehezebben tud ápolási kérdésekben tanácsot, segítséget kér-

ni. Idejének nagy részét egyedül, a munkavállalók között tölti. Előzőek miatt az ápolási modellek ismerete, alkalmazása fontosabb a foglalkozás-egészségügyi ellátásban, mint bármely más szakterületen, hiszen az ápolási modell ad keretet, vezérfonalat a foglalkozás-egészségügyi ápoló számára.

Az ápolási modellekről általában

Az ápolás fejlődése során az ápolási modellek megalkotása „szükségyszerű” volt, hiszen szakítani kellett az addigi, ún. biomedikális-orvosi modellel, amely nem magát a beteg embert, hanem a megbetegedett szervezetet, a beteg szerveket helyezte a középpontba, kizárólag a gyógyítás fontosságát hangsúlyozva. Az ápolási modelleket a gyakorlati ápolásban járatos, az ápolásban kutatómunkát is folytató elméleti szakemberek dolgozták ki a XIX. századtól kezdődően. Az ápolási modellekkel kapcsolatos legismertebb fogalom a következő: „A modell felismert, vagy feltárt tények egymással illeszkedő/érintkező kapcsolatrendszer, amely az ápolás vonatkozásában a gondozás szándékának leírását, indoklását, a fejlemények előrelátását, vagy magának az ápolásnak a leírását tartalmazza. Az ápolásról tapasztalatilag szerzett ismeretek, gondolatok elvi általánosítása, ami a további gyakorlat alapját képezi.”

Az elméleti ápolási modellek céljai, azaz az ápolási modellek gyakorlati haszna nem más, mint egyfajta vezérfonal kialakítása, ami irányítja az ápoló tevékenységét. Alkalmazhatóságuk az ápolás négy területén – gyakorlat, irányítás, oktatás, kutatás – válik lehetségessé, például az ápolóképzés tanrendjének alapját képezik. Általuk kerülhetnek megfogalmazásra az ápolási gyakorlatban alkalmazott eljárások, értelmező előírások is.

Az ápolási modellek általános (alapvető) értékei a következő négy fogalommal határozhatóak meg, melyek mindegyike létfontosságú a modern szemléletű, individualizált ápolásban.

1. A *holizmus* görög eredetű kifejezés, a *Holosz* = „egész” szóból ered. A holisztikus gondolkodásmód alapján az egyénről, mint test és lélek összességéről beszélhetünk.

2. A *humanizmus* lényegét leginkább az egyén személye és választási szabadsága adja meg, továbbá az egyéni felelősség megjelenése. Fontos ismérve továbbá az élet minősége és a választás szabadsága, amelyek alapján az egyén részt vehet az őt érintő döntések meghozásában.

3. Az *autonómia* a modelleken kívül, mint bioetikai vonatkozás is megjelenik az ápolás során. Nagyon fontos lényege, hogy az egyénnek joga van tisztában lenni az őt érintő kérdésekkel, valamint a jövőjére vonatkozó információkkal. Mindez a szabadon való döntés meghozatalának feltétele.

4. A *partnerség* ebben az esetben nem jelent mást, mint hogy az ápoló a tevékenységét a kliens, mint egyenrangú „partner”, „ügyfél” részére biztosítja, figyelembe veszi a kliens, mint egyén(iség) mivoltát. Alapját jelenti az optimális döntés meghozatala érdekében a rendelkezésre álló információk egymással történő megosztása. Az ellátás során az ápoló és a kliens együtt, közösen hozzák meg döntéseiket a választási lehetőségek közül. Lényeges ebből a szempontból az ápoló jó kommunikációs, oktatási és pszichológiai képessége.

Az ápolás szerepe, megítélése, presztízse folyamatosan formálódik a társadalomban. Arra kell törekednünk, hogy a társadalomban az emberek az ápolásra, mint önálló diszciplínára gondoljanak, annak valamilyeni kivívott jogával és kiváltságaival egyetemben. Éppen ezért az ápolás elméletében és oktatásában, valamint a gyakorlati ápolásban nagyon fontos, hogy ápolás-specifikus tudást oktassunk, fejlesszünk, terjesszünk és használjunk a munkánk során. Ehhez ápolás-specifikus kutatásokat kell végeznünk, amivel ún. ápolás-specifikus gyakorlatot hozhatunk létre.

Sajnos egyes ápolói vélemények szerint – amely nézet a mindennapos gyakorlatból is sokszor visszaköszön – az ápoláseméleti modellek a gyakorlat és a kutatás számára közömbösek, feleslegesek. Sok ápoló nézete szerint az ápoláseméleti modelleket száműzni kellene az ápolásból. Jacqueline Fawcett, nemzetközileg elismert ápoláseméleti szak-

ember véleménye azonban ezzel teljesen ellentétes. Ő azt állítja, hogy akik ezt az előbb említett nézetet vallják, az „ápolási diszciplína kihálásához nyújtanak segítséget”. Véleményét alátámasztja többek között az, amit maga a diszciplína kifejezés jelent, azaz hogy mitől diszciplína maga az ápolás. A latin eredetű diszciplína kifejezés útmutatások egy csoportját, tanulási metódusokat jelent. Az a különleges látásmód különbözteti meg az egyes diszciplínákat egymástól, amivel az egyes jelenségek vizsgálatát megközelítik a diszciplína képviselői. A diszciplína képviselőinek útmutatásra van szükségük, amely útmutatókat, pedig olyan elméletek fogják össze, amelyek rendszerezhetők, kommunikálhatók, és emiatt taníthatók. Valamennyi diszciplína magáénak ismer egy világosan elhatárolható tudást, amely megmutatja a tudás létrehozásának módszerét, a tudás igazolásának menetét (a kutatást) és a tudás felhasználásának módját. (J. Fawcett, 2003.)

Dr. Fawcett korábban is sokat érvelt amellett, hogy minden ápoláseméleti modell az ápolás filozófiájának, fogalmi keretének (úgy mint ember, környezet, egészség, ápolás) vizsgálatát szolgálja. Már többször szintén kifejtette azt is, hogy „minden ápoláseméleti modell világos instrukciókat nyújt még precízebb elméletek kidolgozásához, a kutatáshoz, a képzéshez, a gyakorlathoz”. Az ápoláseméleti modellek tehát azt a diszciplináris alapot képezik, amelyre az ápolás egésze épül. Alapok nélkül természetesen önálló gyakorlatot sem tudnánk folytatni, pedig hosszú évtizedek óta sokan küzdünk ezért az ápolásban. E témával kapcsolatban egyik legfontosabb megállapításnak tekinthető, hogy az ápoláseméleti modellek nélkül maga az ápolás hivatása tudományos tevékenység helyett szakmunkává alacsonyodna. (J. Fawcett, 2003.)

Az ápolási modellek a foglalkozás-egészségügyi ellátásban

A foglalkozás-egészségügyi ápolók a kezdetekben az általános ápolási modelleket, mint például a Florence Nightingale-féle modell (1859), a Hildegard Peplau-féle

modell (1952), a Virginia Henderson-féle modell (1964) alkalmazták. Később a közösségi betegellátás területén alkalmazott ápolási modelleket, a Martha Rogers-féle modellt (1970), az Imogene King-féle modellt (1971), a Dorothea Orem-féle modellt (1971), a Callista Roy-féle modellt (1976) és a Nancy Roper-féle modellt (1980) használták. (Potter, P.A. és Perry, A.G., 1996)

A 80-as évek közepén a leggyakrabban alkalmazott modell a Dr. Nola J. Pender által 1982-ben megalkotott, majd 1996-ban átdolgozott egészség-promóciós modell lett, melynek kiindulási alapja, hogy az egészség egy pozitív dinamikus állapot, nem csupán a betegség hiánya. Az egészségfejlesztés az egyén jólléti állapotának erősítése. A fő változók az előnyök, akadályok érzékelése, az egészség jelentősége, ellenőrzése, definíciója az egyénnél. Az ápolás célja az egyénben a specifikus „egészség” felismertetése egy-egy tevékenységben.

Az igazi áttörés 1988-ban következett be, amikor a NIVA (The Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health) és a Finn Foglalkozás-egészségügyi Intézet munkatársa, Kitta Rossi egy nemzetközi workshopot szervezett a finnországi Hanasaariban, ahol Ruth M. Alston (Egyesült Királyság) irányításával megkezdődött egy dinamikus, foglalkozás-egészségügyi ápolás specifikus fogalmi modell megszerkesztése. (R.M. Alston, 1994)

A Hanasaari fogalmi modell

A Hanasaari fogalmi modell 1989-ben, a finnországi Hanasaariban tartott nemzetközi foglalkozás-egészségügyi ápolási workshop eredményeként került megalkotásra, ahol a foglalkozás-egészségügyi ápolási gyakorlat, a fogalmak és az elméletek közötti összefüggéseket vizsgálták. A csoportmunka során lépésről-lépésre közelítették meg a kérdéskört az alábbi témakörökre összpontosítva:

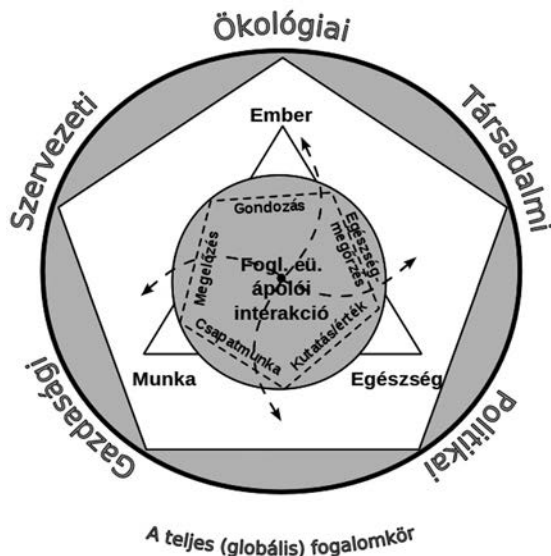
- ⇒ azon ápolási fogalmak azonosítása, melyek alkalmazhatóak a foglalkozás-egészségügyi ápolási gyakorlatban;
- ⇒ a foglalkozás-egészségügyi ápolók feladatainak fejlesztési lehetőségének átgondolása, annak érdekében, hogy meghatározzák az elsődleges területeit a szakmának;

⇒ a foglalkozás-egészségügyi gyakorlat speciális fogalmainak és a foglalkozás-egészségügyi ápolás közötti kapcsolatok felismerése, különösen tekintettel arra, hogy milyen előnyökkel járna egy olyan elméleti modell, mely ezen a területen alkalmazható;

⇒ a hasonlóságon, az összefüggéseken és a kapcsolódó foglalkozás-egészségügyi szükségleteken és tevékenységeken alapuló csoportos fogalmak azonosítása.

Az 1. ábrán a Hanasaari fogalmi modell látható, mely szemlélteti a foglalkozás-egészségügyi ápolók feladatait, tevékenységeit, a környezetet, ahol az ápolók e tevékenységeiket végzik. (R.M. Alston, 1994)

1. ábra: A Hanasaari fogalmi modell



Forrás: R.M. Alston et al., 1988

A modellen a nagyobb külső kör illusztrálja a teljes környezetet átfogó fogalomkört, vagyis a környezeti rendszer fogalmait általánosságban, valamint a speciálisabb egészségi és biztonsági környezeti rendszert. Ezen belül főleg olyan hatások kerültek megjelenítésre, melyek nemcsak globálisan hatnak az egész populációra, hanem jelentősen befolyásolják az egészséget és munkahelyi biztonságot is. A legnagyobb hatást a politikai, gazdasági, szociális, ökológiai és szervezeti tényezők fejtik ki. Gondoljunk csak a 2008–2009-es gazdasági világválságra, aminek következtében több országban az ipari termelés visszaesett, a vállalatok a „túlélés” érdekében

kénytelenek voltak takarékosági intézkedéseket bevezetni, melynek hatására háttérbe szorult a munkavédelem, és ezzel együtt a foglalkozás-egészségügyi ellátás. Ehhez a nehéz, megszorításokkal teli környezethez kell/kellett a foglalkozás-egészségügyi ápolóknak alkalmazkodni, és olyan változtatásokat kezdeményezni, melyek segítik a munkavállalók jóllétét megőrizni ezekben a válságos időkben is. Sajnos voltak olyan vállalatok, melyeknek a kedvezőtlen körülmények miatt nem sikerült túlélni a válságot, és szervezeti átalakításuk, vagy bezárásuk következtében több foglalkozás-egészségügyi ápoló is munkanélkülivé vált.

A munkavállaló, a munka és egészség háromszög a teljes környezeten belül található. Ezek a tényezők közvetett módon olyan döntésekre lehetnek hatással, melyek elősegítik, vagy korlátozzák a foglalkozás-egészségügyi ápolás fejlődését. Ezek közül a szervezeti kultúra és stratégia az, ami a legerősebb és legközvetlenebb hatást fejtheti ki a foglalkozás-egészségügyi ápolás fejlődésére. A vállalati humán erőforrás stratégia kialakítása során elsősorban a vállalat tulajdonosai, a menedzsment által támasztott elvárások jelennek meg, de egyre gyakoribb, hogy a stratégia kidolgozásába bevonják közreműködőként a foglalkozás-egészségügyi ápolókat is.

A modell közepe a foglalkozás-egészségügyi ápoló interaktív szerepeit jelképezi, azon tevékenységek segítségével, melyeket a munkacsoport a foglalkozás-egészségügyi ápoló feladatköröként azonosított. A modell közepén lévő körben az öt legjelentősebb tevékenység – a megelőzés, a gondozás, az egészségmegőrzés, a csapatmunka, valamint a kutatás – került megjelenítésre, de ezen kívül a munkacsoport még számos feladatot azonosított.

A megelőzés terén a foglalkozás-egészségügyi ápoló többek közt részt vesz: a munkaköri alkalmassági vizsgálatokban, a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálatában, az egyéni védőeszközökkel kapcsolatos tanácsadásban, a munkavállalók munkakörülményeivel kapcsolatos felvilágosításban, a munkahelyi veszélyek, kockázati tényezők feltárásában, a munkahelyi laikus elsősegélynyújtók szakmai felkészítésében, valamint a foglalkozás-egészségügyi,

fiziológiai, ergonómiai, higiénés kérdésekkel kapcsolatos tanácsadásban.

A foglalkozás-egészségügyi ápoló *gondozási* tevékenységébe beletartozik a foglalkozási és a foglalkozással összefüggő betegségekben szenvedők, és a keresőképtelen állományban lévők utánkötése, közreműködés a megváltozott munkaképességű munkavállalók rehabilitációjában.

A foglalkozás-egészségügyi ápoló részt vesz a munkavállalók egyéni és kollektív egészséges életmódra nevelésében, a részükre szervezett *egészségmegőrző* programok szervezésében. Jelentős szerepe van abban, hogy a vállalati menedzsment felismerje saját felelősségének jelentőségét, lehetőségeit a munkahelyi egészségfejlesztés területén. Ezek közül a legfontosabb, legnagyobb tömegeket megmozgató munkahelyi egészségfejlesztési akciók:

1. Az egészséges táplálkozás propagálása szűrési programokkal (vérnyomás-, koleszterin-, vércukor mérése, *testzsír*-izomtömeg mérés, testtömegindex-, valamint csípő-derék arány meghatározása, stb.).
2. A mozgásszervi rendellenességek, a tartási panaszok felkutatása szűrővizsgálatok révén. Az irodai ülőmunkát végzők és a képernyő előtt dolgozók részére munkahelyi torna bevezetése az óránként 10 perces munkaközi szünetekben.
3. A munkahelyi közétkeztetés javítása, az egészséges ételek fogyasztásának népszerűsítése.
4. Munkahelyi tömegsport mozgalmak, sportnapok, sportversenyek szervezése, sportklubok, túrázás támogatása.
5. A munkahelyi dohányzás szabályozása a nem dohányzók védelme érdekében, illetve a dohányzásról való leszoktatási programok támogatása, elősegítése.
6. Munkahelyi alkoholelles propaganda egészségnevelési eszközökkel, tanácsadással.
7. Rákszűrő kampányok (szájüregi-, emlő, vastagbél-, méhnyak-, prosztatata-, tüdőrák, stb.) propagálása.

A csoportmunka fontos fogalom a foglalkozás-egészségügyi ápolók számára, akiknek együtt kell működni a munkáltatókkal, a

munkavállalókkal, a munkabiztonsági szakemberekkel, a munkapszichológusokkal, a munkahigiénikusokkal, a toxikológusokkal, az ergonómiai szakemberekkel, a szakmai szervezetekkel, a szakmai érdekvédelmi szervezetekkel, valamint az egészségügyi ágazat más szereplőivel (pl. háziorvosok, szakrendelők, stb.), mely során kulcsfontosságú a jó interperszonális kapcsolat kialakítása.

A foglalkozás-egészségügyi ápolók egyéni vagy teamekben *kutató munkát* (ápoláskutatást) végeznek. A leggyakrabban kutatott területek közé tartozik például a munkavállalók egészségi állapotának a vizsgálata, a munkavállalók egészséges életmódra nevelésénél alkalmazott különböző módszerek hatékonyságának elemzése, és az ellátással kapcsolatos elégedettség mérése. Kutatási eredményeikről tájékoztatniuk kell egyrészt a munkáltatót, másrészt a szakmát, hiszen az eredmények értéket jelentenek, amelyek ismeretében a későbbiekben javítható az egyéni munkavállalók és a közösség egészségi, mentális, fizikai, valamint szociális jólléti állapota, illetve pozitívan befolyásolhatóak az egészségügyi reform megvalósulására irányuló törekvések.

Egy statikus modellben nehéz bemutatni a szakmában megjelenő rugalmasság fontosságát, ebben a modellben a rugalmasságot a kifelé mutató hullámos, szaggatott nyilak szemléltetik. A rugalmasság ezen az ábrán elsősorban a kezdeményezőkézséget fejezi ki, és nem a már megtörtént eseményre való reagálást. A nyilak az azonosított tényezőkre gyakorolt hatást szemléltetik, vagyis azt a célt, hogy az ápoló proaktív tevékenységével befolyással lehet az egyéni munkavállalók egészségére, a munkahelyi környezetre és akár a teljes környezetre. Az ápoló haladó, kezdeményező cselekménye hatással lehet politikailag, szociológiailag, gazdaságilag, ökológiailag, főként ha a foglalkozás-egészségügyi ápolókban tudatosítják szerepüket a népegészségügyi kérdésekben. Az „interakció” egy kulcsszó a modellben, a foglalkozás-egészségügyi ápoló feladatainak jellemzésére, mely a kétirányú kommunikációt tükrözi az ápoló és a munkavállaló, az ápoló és a munkáltató, valamint az ápoló és egészségügyi ágazat többi szereplője között,

demonstrálva a holisztikus szemléletű foglalkozás-egészségügyi ápolási gyakorlatot. Ez magába foglalja azokat a képességeket, jártasságokat, melyeket a foglalkozás-egészségügyi ápolók tanulnak, vagy megszereznek a szakmai gyakorlatok során, melyek képessé teszik őket, hogy betöltsék az oktató, mentor, felügyelő, tanácsadó, vagy felvilágosító feladatkört. A kapcsolat, mely a foglalkozás-egészségügyi ápoló és a munkavállaló, illetve a munkáltató között van kulcsa a sikernek vagy a kudarcnak. A pozitív hozzáállás a szakma innovációját és fejlesztését eredményezheti. A „interakció”, mint fogalom jelen esetben tehát azt jelenti, hogy van összefüggés a között, amit a szervezet igényel és, amit a szakmai keretek között a foglalkozás-egészségügyi ápoló nyújthat. (R.M. Alston., 1994)

Összefoglalás

A foglalkozás-egészségügyi ápolók képzésére, továbbképzésére, tevékenységére vonatkozó irányelveit és ajánlásait a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) 1985-ben, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1988-ban, a Foglalkozás-egészségügyi Szakápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) pedig 1996-ban tette először közzé. Ezek az irányelvek, ajánlások azóta már többször is módosításra kerültek, figyelembe véve a foglalkozás-egészségügyi szakápolókkal szemben támasztott elvárások megnövekedését és változását, valamint azt, hogy az ápolóképzésben az elmúlt évtizedekben áttevéődött a biomedikális-orvosi modelltől a hangsúly az ápolási modellekre. A foglalkozás-egészségügyi ápolók tanterve a legtöbb Európai Unió országban a szakmaspecifikus Hanasaari fogalmi modellre épül, a FOHNEU is ezt a modellt adoptálta posztgraduális tantervének

elkészítésekor. (Dr. Téglásyné B.M. és Dr. Grónai É., 2004; J.M.C. Staun 2010; Hirdi H. et al. 2010)

Amennyiben a jelenlegi tendencia folytatódik, a jövő foglalkozás-egészségügyi ápolói egyre szélesebb feladatkört látnak majd el. Ez magasabb fokú elméleti és gyakorlati tudást igényel. Ezek a folyamatok jelentős kihívást jelentenek az ápolók számára, ezért fontos, hogy jól felkészültek legyenek jelenlegi és jövőbeni feladatuk maradéktalan, magas színvonalú ellátása érdekében.

Nincs és nem is lesz olyan ápolási modell, amely minden elképzelhető szituációban funkcionál, ezért a megfelelő szakmai felkészültség eléréséhez fontosnak tartjuk, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolók ismerjék meg a szakterületükön alkalmazható, már rendelkezésre álló, különböző típusú ápolási modelleket. Egyrészt azért, hogy választhassanak maguknak „vezérfonalat”, mely támogatja a gyakran egyedül dolgozó foglalkozás-egészségügyi szakápolókat feladataik ellátásában, másrészt azért, hogy a különböző megközelítési módok további új gondolatokat, kutatásokat generáljanak az ápolásügy előnyére.

Javasoljuk továbbá, hogy a szakmai továbbképzések keretében is kerüljön nagyobb hangsúly az ápoláselmélet és az ápolási dokumentáció oktatására, hogy azok számára, akik képzésében még a biomedikális-orvosi modell dominált, ne legyen ismeretlen az ápolási modell, mint fogalom.

Gondolatainkat Dr. Fawcett a kiváló angol fizikus, Isaac Newton szavainak ápolásra adaptált rendkívül időszerű üzenetével szeretnénk zárni: „Remélem, hogy az ápolás óriásainak vállain állunk majd, hogy innen tekintsünk szét és építkezzünk tovább, de ne romboljuk le mindazt az alapot, amit elődeink raktak le az ápolás diszciplínájának érdekében”.

Irodalomjegyzék

1. R.M. Alston et al.: Workshop for Occupational Health Nursing, Hanasaari, Finland, 1989.
2. R.M. Altson: Occupational health nurses' changing roles: An international perspective. The University of New England Press, 1994. p.28-34.
3. Béleczi L. (szerk.): Foglalkozás-egészségügyi alapismeretek ápolók számára. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2000. p. 17.
4. J. Fawcett: On bed baths and conceptual models of nursing, Journal of Advanced Nursing, Volume 44, Issue 3, pages 229-230, November 2003.
5. Helembai K. (szerk.): Tanulmányok az ápolástudomány köréből I., Szeged, SZOTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék kiadványa, 1997.
6. Hirdi H., J.M.C. Staun, Mészáros J. (2010): A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. Nővér, Budapest, 23(5):3-11.
7. LEMON füzetek: 4. füzet: Az ápolási folyamat és az ápolási dokumentáció. Medinfo, Budapest, 1987
8. Nosza M. (szerk.): Ápolástani alapismeretek: főiskolai jegyzet. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar 2. kiad. Budapest, 2005
9. N.J. Pender: Health Promotion Model. Nursing Theories. http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html (Letöltés: 2011.08.15.)
10. Potter, P.A. – Perry, A.G. (szerk.): Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1996
11. Potter & Perry's Fundamentals of Nursing, 3rd Edition, By J. Crisp and C. Taylor, Pub Date: 01 Dec 2008.
12. J.M.C. Staun (2010. május 4.): Occupational Health Traditions, Development & The European Dimension. Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szakmai Napja. Budapest, előadás
13. Téglásyné, B. M., Dr. Grónai É. (2004): Foglalkozás-egészségügyi ápolástan az Európai Unióban. Foglalkozás-egészségügy, 1, 23-27.
14. Tulkán I.: Ápolási modellek, in: Bokor N. (szerk.): Általános ápolástan és gondozástan - Elmélet és gyakorlat, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2009.
15. Ungváry Gy., Morvai V. (szerk.): Munkaegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2010. p. 29.-89.

Nursing models in occupational health nursing

Henriett Éva Hirdi, Veronika Rajki, Judit Mészáros PhD

In recent decades the changed problems faced in the world of work (e.g. employee migration, demographic changes, deterioration in the state of health, emergence of new technologies, rapid changes in economic conditions, unemployment, etc.) have given rise to the need for a new approach to health and safety at work. The demands placed on occupational health nurses have also risen, and through their active relationship with employers their role has taken on a key importance. It is for precisely this reason that occupational health nurses have also come to need a "guiding thread" to help them perform their day-to-day work more effectively.

In this essay the authors outline the significance of the nursing models in the field of community nursing, specifically with regard to occupational health nursing. They give a brief introduction to the nursing models that can be applied in this area. They go into detail regarding the history and theoretical background of one of the best-known conceptual nursing models in the field of occupational health nursing, the Hanasaari model.

Keywords: occupational health nursing, nursing models

Gratulálunk!

Dr. Réthelyi Miklós, nemzeti erőforrás miniszter 2011. július 4-én egészségügyi szakmai kitüntetésekkel adott át Semmelweis Ignác születésének 193. évfordulója alkalmából.

Kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként **Batthyány-Strattmann László-díjban** részesült:

Halmosné Mészáros Magdolna a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórházának ápolási igazgatója.

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

Buda Jánosné a nagycsécsi Községi Önkormányzat védőnője,

Czinder Gézané a Budapest Főváros IX. kerület Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Kiemelkedően Közhasznú Nonprofit Kft. ápolási igazgatója,

Heteyné Pálfalvi Mária Kállósemjén Nagyközség Védőnői Szolgálatának védőnője,

Szabados Lászlóné a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kara Neurológiai Klinikájának vezető ápolója.

A Nemzeti Erőforrás Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismerésként:

Breiner Józsefné a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza Központi Műtőszolgálatának osztályvezető szakasszisztense,

Kuritár Lászlóné a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorházának vezető műtős asszisztense.

Nemzeti Erőforrás Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Csízyné Blanyár Andrea a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara Neurológiai Klinikájának ápolója,

Domjáné Dr. Lengyel Irén a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum vezető ápolója,

Fábri Olga Budapest Főváros Kormányhivatala Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve Nemzetközi Repülőtéri és Hajózási Kirendeltségének közegészségügyi-járványügyi felügyelője,

Hősné Anda Éva Pitvaros Község védőnője,

Kiss Eszter a Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza Anaesthesiológiai és Intenzív Osztályának osztályvezető főnővére,

Menyhárt Alajosné Alattyán Község területi védőnője,

Molnár Jánosné a Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza Belgyógyászati Osztályának intenzív terápiás szakasszisztense,

Rizmajer Annamária a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara I. számú Belgyógyászati Klinikájának osztályvezető ápolója,

Somfay Lászlóné a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet főnővére,

Szekér Lászlóné a debreceni Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. Szülészőnője,

Takács Erika a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Központi Laboratóriumának vezető asszisztense,

Ország Józsefné a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház Fül-Orr-Gégészeti Osztályának főnővére,

Vass Ottóné a Zala Megyei Kórház Belgyógyászati Osztályának ápolója,

Zana Lászlóné a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Ortopédiai Osztályának vezető ápolója.

A Nemzeti Erőforrás Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:

Győr-Sziget és Pinnyéd településrészek Egészségügyi Alapellátási Egységének Felnőtt-háziorvosi Rendelő és Gyermek-háziorvosi Rendelője munkatársai,
a Magyar Védőnők Egyesülete,
a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara II. sz. Pathológiai Intézet Cytológiai Munkacsoportja.

Tisztelt Olvasó!

Május közepén megalakult, megújult felépítéssel az Ápolás szakmai kollégium, melynek tagjait ezúton tesszük közé.

Munkájukról az elkövetkezőkben további információkkal kívánunk szolgálni.

Szerkesztőség

A Tagozat tagjai

Halmosné Mészáros Magdolna

Molnár Gabriella

Jászberényi Valéria

A Tanács tagjai

Aradán Attiláné

Magyar Ápolástudományi Társaság,
Szent Imre Kórház

Babonits Tamásné

Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete,
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor
utcai Kórház és Rendelőintézet

Bátori Magdolna

Magyar Műtőszasszisztensi Társulás,
nyugdíjas

Botos Katalin

Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete,
HM Állami Egészségügyi Központ

Bugarszkiné Sárközi Gizella

Magyar Ápolási Egyesület, Szent Rókus
Kórház

Deák Gyuláné

Sebinko Szövetség/Magyar Sztómaterápiás
Nővérek Egyesülete, Pándy Kálmán Kórház

Friesz Tiborné

Magyar Otthonápolási és Hospice Egyesület,
Harris Magyarország Kft

Fullér Noémi

Magyar Ápolástudományi Társaság,
PTE Egészségtudományi Kar

Holiné Füstös Márta

Magyar Ápolási Egyesület, SE ÁOK
Transzplantációs és Sebészeti. Klinika

Kónya Anikó

Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete,
Állami Szívkórház Balatonfüred

Dr. Oláh András

Magyar Ápolástudományi Társaság,
PTE Egészségtudományi Kar

Nagyné Szőke Erzsébet

Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete/
Magyar Szemészeti Szakdolgozók
Egyesülete, Debreceni Egyetem OEC
Szemklinika

Vágány Tamásné

Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina
Magyarországi Társasága, Nagykovács
Város Önkormányzat Rehabilitációs
Szakkórháza és Rendelőintézte

Vandulek Csaba

Magyar Radiológus Asszisztensek
Egyesülete, Kaposvári Egyetem,
Egészségügyi Centrum

Vörösmarty Attila

Magyar Ápolási Egyesület, Péterfy Sándor
utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti
Központ, SBO

(Forrás: MedicalOnline)

Szerzői útmutató

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt. Az eredeti közlemények mellett a kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből esettanulmányokat, elméleti közleményeket, valamint olvasói hozzászólásokat is.

Formai szempontok

- Az írást elektronikus szövegszerkesztési eljárással kérjük elkészíteni. A kész írást *.doc (Microsoft Word) vagy *.rtf (rich text formátum) kiterjesztésben kérjük elmenteni. A kézirat **terjedelme** ne haladja meg a 15 gépelt oldalt (ez nem foglalja magába az összefoglalót, az irodalomjegyzéket, a függelékét, valamint az ábrákat és a táblázatokat), 2-es sortávolsággal, minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve, sorkezéssel. A bekezdéseket csak „enter” válassza el, és a sorok ne kezdődjenek beljebb. Kérjük, hogy a Times New Roman betűtípusú, 12-es méretű betűnagyságot használja. Kérjük továbbá, hogy:
 - szövegstílusként csak „normál” szöveget használjon (a címeket és alcímeket is így írja),
 - ha decimális számozást alkalmaz, akkor csak 3 szintet használjon,
 - ne legyen a szövegben oldaltörés, szakasztörés.
- **Ábrák és táblázatok**
 - Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, *.doc, *.rtf, *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel,
 - csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
 - az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen, minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,
 - ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve, és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
 - a kézírathoz összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják.
- Az írás formai szerkezete az alábbiak szerint készíthető: Címlap, összefoglaló, cikk kézírata, irodalomjegyzék, függelék, ábrák, táblázatok. Az **eredeti közlemény** tartalma az alábbi szerkezetet kövesse: címlap, összefoglaló, a probléma ismertetése, elméleti háttér és felhasznált fogalmak, a vizsgálat célja, vizsgálati módszerek és minta, eredmények, megbeszélés, következtetések/javaslatok, irodalomjegyzék, függelék, ábrák, táblázatok. A címlapon kérjük feltüntetni az írás címét, a szerző(k) nevét, beosztását, munkahelyét, valamint telefonszámát és e-mail elér-

hetőségét (az utóbbiakat azért, hogy a szerkesztőség kapcsolatba léphessen a szerzővel). Az összefoglaló külön oldalra készüljön, maximum 150 szó terjedelemben. Eredeti közlemény estében az összefoglaló az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, vizsgálati módszerek és minta, eredmények, következtetések.

- Az irodalomjegyzék külön file-ban készüljön, alfabetikus sorrendben, számozva kérjük elrendezni. Irodalmi hivatkozásként maximum 25 szerző adható meg. Az egyes szerzőkre való hivatkozást a szövegben is kérjük feltüntetni. Ha ugyanahhoz a hivatkozáshoz több szerző is tartozik, a szerzőket alfabetikus sorrendben kell felsorolni.
- Az alábbi **hivatkozási formák** használandók az irodalomjegyzék elkészítésekor:

1. Hivatkozás folyóirat-közleményre:

[szerző] [kiadás éve]: [a közlés címe]. [folyóirat, ahol megjelent], [évfolyam], [szám] [oldal].

Például:

Marosvári, É. (2006): A lélegeztetett beteg gyermek ápolásának súlyponti kérdései. *Nővér*, 19, 4, 3-9.

2. Hivatkozás könyvből (-re):

[szerző] [a kiadás éve]: [a könyv címe]. [kiadó], [a kiadás helye], [a hivatkozás oldalszáma].

vagy

[a szerkesztő neve, utána „(szerk)” megjelölés] [a kiadás éve]. [a könyv címe]. [kiadó], [a kiadás helye], [a hivatkozás oldalszáma].

Például:

Kovács, J. (1999): A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 170-179.

vagy

Buda, B., Kopp, M. (szerk) (2001): Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 269-277.

- Általános szabály

- a szerző nevét az alábbiak szerint kell írni: vezetéknev után vessző, a keresztnév kezdőbetűje után kitért pont
- két vagy három szerző esetében a szerzők nevét vesszővel kell egymástól elválasztani
- háromnál több szerző esetében a neveket nem kell felsorolni, hanem az első szerző neve után az „et al.” (és mások) megjelölést kell alkalmazni.

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n, 3,5"-es floppy lemezen (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is. Ennek két változata van (egyszerűsített kézirat és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menüpontjában).
- A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

eTovábbképzés

internetes vizsgarendszerek

Akár továbbképzésenként
20-40 Kreditpont minden
Kamaratagnak
díjmentesen!

Továbbképzés otthon

Nincs utazási vagy szállásköltség, Ön nyugodtan vizsgázhat egész évben otthonról. Hamarosan indul a Magyar Egészségügyi Szakdolgozók Kamarájának online továbbképzési programja.

www.etovabbkepzes.hu

www.meszk.etovabbkepzes.hu



secnet
internet service



