

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

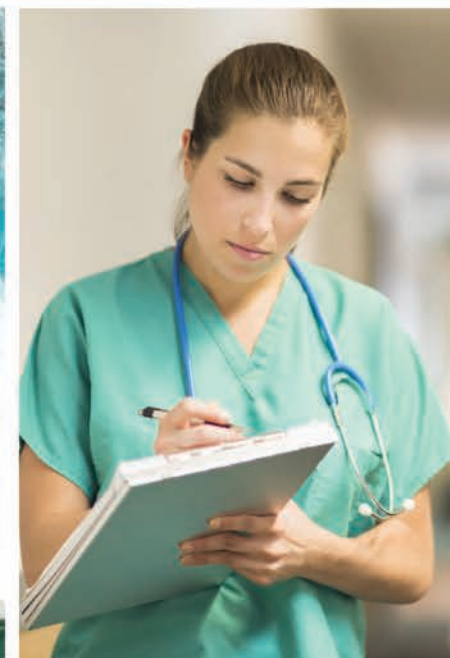
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2018. 31. ÉVFOLYAM 3. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

A csípőprotézises betegek körében végzett
betegoktatás tanulmányozása

Középiskolások ápolói pályaképe



<http://www.meszk.hu/nover>





A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA RENDEZVÉNYEI 2018.

MESZK V. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus	2018. szeptember 6. – 8.	Siófok, Hotel Azúr
Ápolásmenedzsment és ápolásinnováció V. Országos Tudományos Konferencia	2018. október 4.	Budapest, Lurdy Ház
Lelki Egészség Világnapja	2018. október 5.	Budapest, Lurdy Ház
IX. Országos Szakmai Verseny	2018. október 12.	Budapest, Lurdy Ház
II. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Tudományos Nap	2018. október 13.	Budapest, Lurdy Ház
Radiográfus Kvíz	2018. október 20.	Budapest, Lurdy Ház
Szociális Munka Napja III. Konferencia "Családok éve a szociális szférában"	2018. november 9.	Budapest, Lurdy Ház
Tagozati Nap "Eszméletlen Konferencia"	2018. november 23.	Budapest, Lurdy Ház
Természetesen az osteoporosisról	2018. december 1.	Budapest, Lurdy Ház
Díjátadó Gála	2018. december 7.	Budapest, Lurdy Ház

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ: MESZK.HU

meszk@meszk.hu

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
THE HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2018;31(3):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

NEKROLÓG

Doris, az EMBER, akivel a dolgok megtörténtek 3
Sövényi Ferencné

EREDETI KÖZLEMÉNY

A csípőprotézises betegek körében végzett betegoktatás
tanulmányozása 6
Békés Brigitta, Király Edit, Balogh Zoltán

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Középiskolások ápolói pályaképe 14
Tisóczki Evelin, Balogh Zoltán

EREDETI KÖZLEMÉNY

A Brief Scales for Coping Profile mérőeszköz török nyelvű
változatának reliabilitása és validitása textilipari dolgozók
körében 21
Ozlem Koseoglu Ornek, Guler Yavuz Temel

ESETISMERTETÉS

A kézhigiénés compliance fejlesztésének fontossága
a nosocomialis infekciók megelőzésének tükrében 29
Sajti Anikó, Csernus Mariann

Az elülső keresztzalag szenzoros deficit szerepe
a poszturális kontrollban 34
Novák Szabina, Nagy Edit

KITEKINTÉS

Visszatekintés az Ápolók Nemzetközi Napja kapcsán –
Globális kampány az ápolásért 37
Balogh Zoltán

CONTENTS

OBITUARY

Doris, the woman who made a difference 3
Ferencné Sövényi

ORIGINAL CONTRIBUTION

Survey of patient education among patients with hip
arthroplasty 6
Brigitta Békés, Edit Király, Zoltán Balogh

ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION

Nursing career of the high-school students 14
Evelin Tisóczki, Zoltán Balogh

ORIGINAL CONTRIBUTION

Reliability and Validity of the Turkish Version
of the Brief Scales for Coping Profile in
Textile Workers 21
Ozlem Koseoglu Ornek, Guler Yavuz Temel

CASE STUDIES

The importance of the hand hygiene compliance development
in the light of prevention of nosocomial infections 29
Anikó Sajti, Mariann Csernus

The effect of sensory deficit induced by anterior cruciate
ligament injury on postural control 34
Szabina Novák, Edit Nagy

OUTLOOK

Looking back in connection with the International Day
of Nurses – Global campaign for nursing 37
Zoltán Balogh

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO CINAHL nemzetközi ápolástudományi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087
Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.)
Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
1880 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vareg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton
ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

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

Főszerkesztő/editor-in-chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

NŐVÉR**AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre), „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak - vagy részének - bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – The Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

**Lapunkat rendszeresen
szemléli a megújult**



www.observer.hu

NEKROLÓG

Doris, az EMBER, akivel a dolgok megtörténtek

SÖVÉNYI FERENCNÉ

DR. DORIS MATHERNY MODLY (1933.01.20. – 2018.03.17.)

Doris, egy fogalom volt. Velünk élt közel egy évtizeden keresztül, és segített bennünket az ápolás és az ápolóképzés új alapjainak lerakásában, fejlesztési munkáiban...

Bejárta országunk egyetemeit keletről nyugatra, északról délre. Tudását számtalan workshop keretében adta át. Megtanította a curriculum fejlesztés folyamatát, segített megalkotni az ápolóképzés oktatási programját, és az egyetemeken bemutató tanítást is szívesen vállalt. Hol itt, hol ott találkoztunk, az önfeláldozó nyugodt, okos, és a nyelvünket is jól beszélő Doris-szal.

De ki is volt Doris?

Ritkán beszélt magáról, egyszer Gyulán, az Egészségügyi Főiskolán tartott workshop ideje alatt vállalta, hogy az éppen megkapott kitüntetésé okán egy kicsit feltárja múltját és akkori jelenét, a magyar nyelv ismerete titkát. Saját szavait összegezzük, hiszen európai kötődését a leghitelesebben maga fogalmazta meg:

„Jugoszláviában születtem és jöllehet nem magyar anyanyelvű vagyok és nem jártam magyar iskolába, kisgyermekként megtanulhattam magyarul, bár ezt később sokáig nem kellett használnom.

Menekültként, édesapámmal 1952-ben az Egyesült Államokban Iowa államban telepedtünk le. Akkor én 19 éves voltam. Tanulni szerettem volna, de ehhez pénz kellett. Így elmentem dolgozni. Már ekkor hallottam arról, hogy itt az ápolónők oktatása egyetemi szinten történik. Évek óta egészségügyi pályára készültem, így ez számomra kihívást jelentett. Szerencsésnek éreztem magam, amikor már a kivándorlásunk évében, összel elkezdhettem a tanulást. Úgy éreztem, hogy az egyetemen nem csupán önmagam képezhetem, hanem egy új tudományág fejlesztésére kapok lehetőséget.

Az egyetemi évek után 2 évig gyakoroltam az ápolást egy egyetemi klinika pszichológiai, majd a szülészeti osztályán. Közben házasságot kötöttem egy magyar fér-

fiával, aki foglalkozását tekintve kémikus. Majd gyermekeim nevelése, – miután férjemmel ebben maradtunk, – hét évig távol tartott a mindennapos szakmai munkától. Azonban ez idő alatt igyekeztem olyan önkéntes oktatói feladatokat ellátni, mint a mentálhigiéne oktatása, mellyel igyekeztem saját elméleti ismereteimet is naprakészen tartani. Majd, ahogy a gyermekeim nőttek, fokozatosan kapcsolódtam be a munkába.

Ekkor jutottam arra az elhatározásra, hogy én csak egyetemen fogok tanítani ápolást. Persze ehhez először magamat kellett képeznem.

Ehhez doktorátusi fokozatot kellett megszerezennem, de szerencsére közben már taníthattam is az egyetemen, kezdetben, mint tanársegéd.

Az USA-ban az ápolástan, mint tudomány, az elmélet és gyakorlat egységként realizálódik. Az ápolás tudományának, hogy az valóban kiválóan funkcionáljon, különböző ellenőrző testületei vannak. Egy szakmai, amelynek célja, hogy a tantervet folyamatosan fejlessze és mutathassa az előrelépést, és egy állami, ami végül is a minimális megfelelési szinten hagyja jóvá.

Az évek múlásával egyre szélesebb körben, egyre távolabb lát az ember. Először a család és a szűkebb környezet volt az, amire leginkább reagáltam, ahol úgy éreztem, a legjobban tudok segíteni. Én mindig nagyon szerettem oktatni és arra törekedtem, hogy minél többet és minél jobban adhassam át a következő generációnak a tudományt. Azonban egy idő után rájöttem, hogy én segíthetek máshol, távoli országokban is. Bíztam abban, hogy a világ ápolói egyszer képesek lesznek egy nyelven gondolkodni. Ehhez nyújtott nekem rengeteg segítséget a WHO, majd a Project HOPE, amely hozzásegített, hogy rajtuk keresztül valósíthassam meg ezt a feladatot. Immár több, mint 3 éve rendszeresen járok Magyarországra. Lassan egyre több magyar ápolót, ápolást oktatót ismertem meg. Eddig vendégként néhányszor jártam Magyarországon, de fogalmam sem volt a magyar egészségügyről, csak amit ismerőseimtől hallottam. De rendszeresen járok Szlovákiába, Szlovéniába, Olaszországba is. A mi egyetemünkön, az ápolási fa-

1. kép: Interjú Doris Modly professzor Asszonnal
(Forrás: Somogyi Hírlap 1996. október 19.)

Amerikai professzor Kaposváron

A betegápolók rangja

A kaposvári egészségügyi főiskola vendége volt néhány napig Doris M. Modly, a Cleveland-i Case Western Reserve egyetem tanára. A professzornő jelenleg a WHO konzultánsa, szinte az egész világot bejárta már.

— Az egyetemen létrehoztunk egy ápolási központot, különféle ápolási-oktatási programokat dolgoztunk ki. Tizenkét országgal állunk állandó kapcsolatban, köztük Magyarországgal is. Úgy vélem: ahol a kormány is támogatja az ápolás fejlesztését, ott sokkal jobb az egészségügy helyzete. Van, ahol az egész egészségügyi ellátás az ápolók vállán van, mert kevés az orvos.

A professzornő — bár magyar származású férje révén tökéletesen beszéli nyelvünket, és sok szállal kötődik Közép-Európához — csupán hat éve járt először Magyarországon. Kapcsolata Kaposvárral már nem újkeletű: az egészségügyi főiskolán a diplomásápoló-képzés beindítása előtt a főiskola egyik tanácsadója volt. Magyarországi munkája elismeréseként három éve átvette a köztársasági elnöktől a legmagasabb kitüntetést, amit külföldi állampolgár kaphat.

— A Pécsi Orvostudományi Egyetemen kezdődött ez a kapcsolat, azóta már hat főiskolán csaknem kétezer diplomás ápoló szakos hallgató tanul a mi programjaink szerint. Ez az érettségire épülő, elsősorban az elméleti szaktudásra

dönt, s nem volt könnyű. Ott is fájdalmas volt, sok ellenzője akadt. Mára már bebizonyította, hogy működhet sikeresen ez az egészségügyi rendszer. Nagy kihívás, hogy a korlátozott lehetőségek között a legjobb eredményt érjük el.

— **Magyarország hol tart ebben a változásban a többi országhoz képest?**

— A diákokkal elmentem megnézni a kaposvári otthonápolási szolgálat tevékenységét. Úgy vélem: rendkívüli munkát végeznek az ott dolgozók, de még nagyon sok segítségre van szükségük. Elsősorban anyagi segítségre gondolok. Jó, hogy most már kormányrendelet szabályozza ezeknek a szolgálatoknak a munkáját, de van még mit tenni...

— **Milyen segítséget tudnak nyújtani Magyarországnak ehhez a képzéshez?**

— A programon kívül, amit adtunk, most készítem elő, hogy magyar hallgatók jöhessenek tanulni néhány hétre a cleveland-i egyetemre. A Soros alapítvány nyújtott ehhez a programhoz támogatást. Jövőre pedig hat hónapig fogom oktatni a hallgatókat a kaposvári főiskolán.

A professzornő elmondta azt is: minden nehézség ellenére nagyon jó ma ápolónak lenni. Most lehetőség van arra, hogy az egészségügy egyenrangú, elismert dolgozóivá váljanak.

(Jakab)



Doris M. Modly FOTÓ: KOVÁCS

alapozó rendszer, mely Magyarországon is bevált.

— **Mostanában nálunk is előtérbe került az ápoló-képzés. Mi ennek az oka?**

— Mint a világ sok országában, Magyarországon is elkezdődött az egészségügy racionalizálása, a kórházi ágyak csökkentése. Ennek egyenes következménye, hogy a hangsúly az otthoni ápolási szolgálatokra helyeződik. Ezért van szükség olyan képzett szakemberekre, akik ezt a feladatot el tudják látni. Egyébként nálunk ez a folyamat már 1988-ban elkezdőd-

2. kép: Beszámoló Doris Modly professzor Asszony felajánlásáról
(Forrás: Somogyi Hírlap 1999. január 22. péntek)

Fulbright-könyvek a karnak

Csaknem 1000 dollár értékű ápolástudományi szakkönyvet adott át tegnap a POTE egészségügyi főiskolai karán a Fulbright alapítvány ügyvezető igazgatója, dr. Brückner Huba.

A felajánlást Doris Modly, a clevelandi egyetem professzora tette, aki az elmúlt tanévben a Pécsi Orvostudományi Egyetem kaposvári karának vendégtanáraként működött, az ápoláskutatás volt a szakterülete. Ösztöndíjából mintegy 1000 dollárt ajánlott föl a kar javára. A Fulbright Bizottság közreműködésével sikerült beszerezni a nagyértékű szakkönyvvállományt, melyet a 4 tagozat képviselői vettek át.



Ápolástudományról - csaknem 1000 dollár értékben FOTÓ: TÖRÖK ANETT

kultáson én vagyok a felelős, hogy a közép-európai ápolás színvonalát a nyugat-európaihoz zárkóztassam fel, ezt a WHO-val rendszeresen kiértékeljük, sőt más kontinensekre is vannak programjaink.” („Ápolók kitüntetései”, 1993; „Interjú Doris Modly professzor asszonnal”, 1993)

Mit tanultuk Doristól?

Az ápolás tudományának közvetítésében hiteles személy volt. Magyarországi munkája előtt tanulmányozta és értelmezte a hazai népegészségügyi problémákat, a társadalompolitikát, az ápolás és ápolóképzés helyzetét, a szakmai hierarchiát. Fesztelen, nyugodt, nyitott tanulási légkört teremtett az ország különböző helyeiről érkező és eltérő ápolásméleti tudással rendelkező kollegák számára.

Megragadott bennünket a facilitátor (ösztönző, segítő) szerepe. Segített azt elfogadtatni, alkalmazni. A foglalkozásokon „rácsodálkoztunk” a pedagógiai módszerére, hogy minden jelenlévő szabadon megoszthatta szakmai tapasztalatait, félelmeit, bizonytalanságait, mert neki mindenki véleménye fontos volt.

A műhelymunkákon nagy hozzáértéssel mutatta be a curriculum fejlesztés elméleti rendszerét, és a gyakorlati kidolgozása folyamatát, ezek jelentőségét.

Szerepet vállalt - az éppen abban az időben megújuló szakmai folyóiratunk, - a NŐVÉR szerkesztőségében, sőt írásaival gazdagította tudásunkat. Egyik írásának sorai örök érvényűek:

„Ha a curriculum szót nagyon egyszerűen akarjuk magyar nyelven kifejezni, akkor azt mondhatjuk, hogy a curriculum a hallgató tervezett és szervezett bevonása a tanulási folyamatba, ami egy struktúra keretén belül működik. A hangsúly ez esetben elsősorban a folyamaton és nem a tartalom van, mert a tar-

talom a mindenkori változó tényezőt jelenti, és ez nem más, mint az „exponenciálisan” fejlődő ismeret.

A curriculummal szembeni főbb követelmény:

- a jövőorientáltság,
- a tudomány mindenkori állásának megfelelő elmélet oktatása,
- az elmélet és gyakorlat egysége, ezek integrálása.

Amennyiben a curriculum ezen alapkövetelményeknek megfelel, úgy eredményeként a jövő embere a változás bonyolultságával képes lesz megbirkózni.” (Modly, 1992)

Gyakran hallottuk Tőle: „ne a tantárgyakkal kezd a tervezést, ez a curriculum fejlesztés utolsó lépcsője!”

Doris áldozatos munkáját az illetékes magyar szervek kitüntetésekkel ismerték el. Megkapta a Magyar Köztársasági Érdemrend Tisztikeresztje kitüntetését és a Pro Cultura Hungarica emléklapokat.

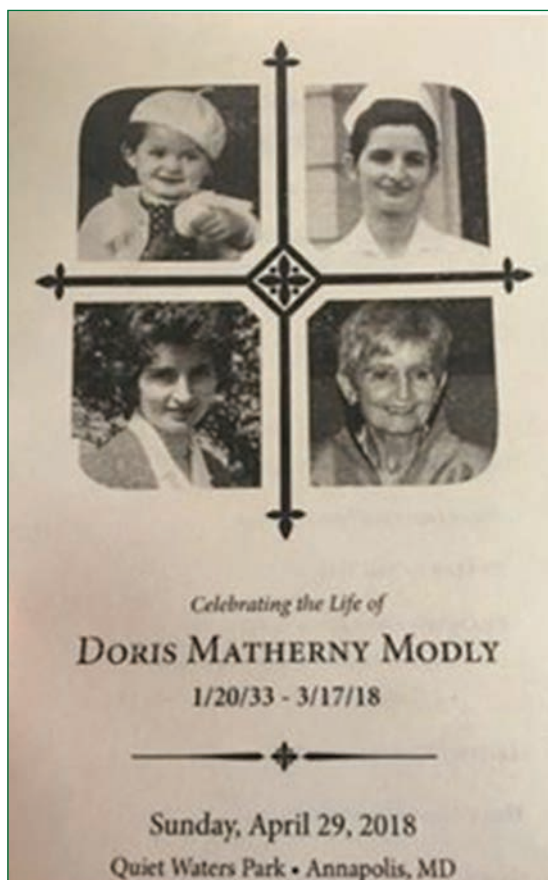
Doris tevékenységét a sajtó is követte. Ahol megjelent, hamar interjú alany lett. (1. kép)

Doris rendszeresen vallotta magáról, hogy „én egy filantrop vagyok”. És ezt mi, akik ismertük így is éreztük. Ember szerető, ember tisztelő sőt jóteknonykodó is volt. Álljon itt emlékére az a példa, amikor ösztöndíjából 1000 dollárt ajánlott fel, melyből ápolástudományi szakkönyveket kaphatott a Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara. (2. kép)

Dorist nem csak mi ápolók, hanem az orvosok is elismerték, tisztelték. Dr. Lakner László a Pécsi Egyetemhez tartozó Szombathelyen működő főiskola volt igazgatója a halálhírt követően így emlékezett a facebook-on: „Doris Modly tanítómesterünk volt a 90-es években. Segítségével indulhatott be Szombathelyen is az európai értelemben vett diplomás ápolóképzés. USA-állampolgár letére a magyar ápolástörténet nagyjai, legendái között lenne a helye. Akik annak idején Vele dolgozhattak, emlékülben örökélni fog NYUGODJON BÉKÉBEN! Professzor Asszony ISTEN VELE”. (Lakner, 2018)

A NŐVÉR Szerkesztőbizottsága és mindazok nevében, akiknek megadatott, hogy ismerjék Dorist

3. kép: Doris M. Modly
(Forrás: Kukla Anikó)



és együtt dolgozzanak vele, fájó szívvel búcsúzunk Doris Modlytól, akinek halálával egy szép, küzdelmes, aktív élet és életmű záródott le. Doris Modly munkássága kitörölhetetlen nyomot hagyott a magyar ápolásügyben. Nyugodjék békében!

Egy magyar kollégánk Kukla Anikó, a végső búcsú pillanataról egy képet (3. kép) tett közkinccsé, mi is ezzel búcsúzunk.

Doris gazdag élete, munkássága itt olvasható: https://prabook.com/web/doris_matherny.modly/86560

Irodalomjegyzék

1. Ápolók kitüntetése (1993) *Nővér*, 6 (4), 3.
2. Interjú Doris Modly professzor asszonnyal (lejegyezte: Halmos Miklósné) (1993) *Nővér*, 6(4), 4-6.
3. Lakner L. (2018.) Doris Modly tanítómesterünk volt... 2018. március 30-ai facebook bejegyzés
4. Modly D.M. (1992). Curriculum-fejlesztés. *Nővér*, 5(4), 3-5.

EREDETI KÖZLEMÉNY

A csípőprotézises betegek körében végzett betegoktatás tanulmányozása

BÉKÉS Brigitta, DR. KIRÁLY Edit PhD, DR. BALOGH Zoltán PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Vizsgálat célja: A csípőprotézises betegek körében végzett betegedukációs tevékenység aktuális helyzetének felmérése az egészségügyi ellátás különböző periódusaiban.

Anyag és módszer: A vizsgálatban traumatológiai-, ortopédiai osztályok és ambulanciák, valamint mozgásszervi rehabilitációs osztályok vettek részt. A saját szerkesztésű kérdőív a csípőprotézises betegek ellátásában közvetlenül résztvevő orvosok és egészségügyi szakdolgozók körében került kiosztásra. A kapott adatok elemzése IBM SPSS Statistics 20. programmal zajlott. Az összefüggések vizsgálata ANOVA, 2-mintás T-, valamint Khi-négyzet próba segítségével történt. Szignifikancia határként az 5%-os ($p < 0,05$) értéket definiáltuk.

Eredmények: A felmérésben 86 fő vett részt. Döntő többségük (45%) bevallása szerint a strukturálatlan, postoperatív betegoktatás volt a jellemző. Oktatásukat a kommunikációs technikák uralták ($n=68$), míg az eszközös módszereket illetően a tájékoztató füzetek használata volt a mérvadó ($n=13$). Tevékenységüket az időhiány és a túlterheltség nehezítette (76%). Az edukáció témáját vizsgálva megállapítható volt, hogy a preoperatív időszakban az életmódot és a műtét utáni mobilizálást érintő tájékoztatás jelentős háttérbe szorult.

Következtetések: A csípőprotézises betegek oktatásában számos hiányosság volt megfigyelhető a szervezethez, az oktatási módszerek, valamint témakörök terén, melyet az említett akadémiai tényezők tovább súlyosbítottak.

Kulcsszavak: coxarthrosis, csípőprotézis, betegoktatás

Survey of patient education among patients with hip arthroplasty

Brigitta BÉKÉS, Edit KIRÁLY PhD, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

Aim of the study: To analyse the training level of patients underwent hip replacement therapy in different periods of their health care.

Methods: Traumatology and orthopaedic departments, ambulances and musculoskeletal rehabilitations took part in the research. A self-made questionnaire was distributed among doctors and health professionals who cured these patients directly. The received data was analysed with the IBM SPSS Statistics 20. program. ANOVA test, 2-sample T-test and Chi-squared test were applied to analyse the coherences. $P < 0,05$ was defined as the value of the significance limit.

Results: 86 health care professionals participated in the survey. The overwhelming majority of them (45%) reported that unstructured, postoperative patient education was characteristic. Their education was dominated by communication techniques ($n=68$), while among the instrumental methods the use of information leaflets was dominated ($n=13$). Their activity was limited by the time lag and work overload (76%). Analysing the training levels, it was found that information about lifestyle changes and post-operative mobilization was significantly underused.

Conclusion: Significant insufficiency were found in the education of the patients in terms of organization, and in the teaching methods and topics which were further aggravated by the mentioned hindering factors.

Keywords: coxarthrosis, total hip replacement, education of patients

BÉKÉS Brigitta,
diplomás ápoló,
Soproni Gyógyközpont,
Traumatológiai Osztály, Sopron

DR. KIRÁLY Edit PhD,
adjunktus, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Ápolástan Tanszék,
Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD,
tanszékvezető, főiskolai tanár,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
BÉKÉS Brigitta,
E-mail: bbekes18@gmail.com

Beérkezett: 2018. május 5.
Elfogadva: 2018. május 5.

Bevezetés

Az osteoarthrosist és azon belül a csípőízületet érintő kopásos folyamatokat a WHO civilizációs betegségként tartja számon. Sajnálatos tény, hogy a főleg

nőket érintő kórkép, a 75 év feletti népesség mintegy 10%-nál fordul elő átlagosan és egyre fiatalabb korban jelentkezik (Czyzewska et al., 2014). Az életkor kitolódásával a csípőízületet érintő arthrosis további

növekvő tendenciát mutat (Király & Gondos, 2012), melynek köszönhetően a csípőízületi arthroplastica mára már a leggyakrabban végzett és legdinamikusabban fejlődő ortopédiai beavatkozások közé sorolandó. Az ilyen módon lerövidült rehabilitációs idővel lényegesen csökkent az ápolási napok száma, melynek okán egyre nagyobb igény alakult ki a betegek részéről az információszerezésre (Johansson S. et al., 2014).

A betegoktatás célja, hogy a betegek hatékonyan ki tudják szűrni a hiteltelen információkat, melyhez elengedhetetlen a szervezett körülmények között és egyénre szabottan történő **tájékoztatás** (Tóth & Dinya, 2013). Az információk minél hatékonyabb, tartósabb elsajátítása érdekében szükséges a szóbeli közlés mellett, akár csoportos foglalkozások, tájékoztató kiadványok, hiteles internetes és elektronikus források, szemléltető anyagok alkalmazása, elérhetővé tétele (Kennedy et al., 2017). Fontos kiemelni ugyanakkor, hogy a hagyományos betegoktatási módszerek önmagukban csupán rövid időintervallumban bizonyulnak hatékonyak. A tudás tartós megőrzése érdekében rendszeres felidézésre (Tóth & Dinya, 2013), a különböző oktatási módszerek együttes használatára és multidiszciplináris szemléletre van szükség, mely a betegközpontú ellátást jól tükrözi (Kennedy et al., 2017). Ennek értelmében elengedhetetlen a betegek **tájékoztatása** magáról a kórképről, a gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiás lehetőségekről valamint a fájdalomcsillapítás, thrombosis profilaxis módjáról. Az oktatás egyik kiemelt szegmense a potenciális szövődmények, valamint megelőzésük és kezelési lehetőségeik ismeretése. Ugyancsak szem előtt tartandó a betegek edukálása a műtét előtti és a műtétet követő napi aktivitás szükségességéről, a végezhető napi tevékenységekről (Johansson, Hupli & Salantera, 2002).

A betegedukációnak napjainkra számos előnye ismeretessé vált az osteoarthritisben szenvedő, valamint a protézisműtéten már átesett betegek körében. Részletes felvilágosítással a betegek gyógyszerfogyasztása csökkenthető, gyógytornával kombinálva lényegesen jobb ízületi mozgásfunkció, izomerő tartható fenn, szemben azon betegekkel, akik nem részesülnek betegoktatásban (Henics et al., 2012). Mindemellett a műtét időpontja késleltethető. A korai, lehetőleg már preoperatíván megkezdett betegoktatási tevékenység jobb felkészülési lehetőséget biztosít mind a műtėti beavatkozásra, mind pedig a vele **járó nehézségekre** és a rehabilitációs időszakra egyaránt. Segítségével jelentősen oldható a műtéttel kapcsolatos szorongás, egyben a fájdalomcsillapítók iránti igény is **mérsékelhetővé** válik a postoperatív időszakot tekintve. A megszerzett magasabb tudásszintnek köszönhetően az **ápolási napok száma**

csökkenthető (Johansson S. et al., 2014). Ezen célok elérése csapatmunkát igénylő feladat, mely nem csupán az egészségügyi team tagjai közötti harmóniát, hanem a beteggel és családjával kialakítandó partneri viszonyt is jelenti (Sigurdardottir et al., 2015).

Sajnálatos módon azonban általánosságban elmondható, hogy a betegellátás során a tájékoztatás random módon, a kezelés végén vagy alatt, főként szóban zajlik. A szükséges információk átadása, valamint az említett oktatási segédanyagok alkalmazása az esetek kisebb hányadában fordul elő. Ezen ismeretadási hiányosságok jelentős negatív befolyással bírnak, mind az egészségügyi rendszer, mind az ellátottak vonatkozásában. A betegek passzív résztvevőivé válnak saját ellátásuknak, mely kisebb felelősségtudatot és motiváltságot eredményez részükről, mindemellett szövődmények, gyógyulási nehézségek léphetnek fel, melyek következtében a kórházi napok száma nő, a betegek rendszeres látogatóivá válhatnak az egészségügyi intézményeknek tovább fokozva az ellátás költségeit (Tóth & Dinya, 2013; Andrassy, 2013). Összességében elmondható tehát, hogy az egészségügyi ellátás a betegoktatás, beteg-tájékoztatás területén még számos fejlesztést igényel (Johansson S. et al., 2014).

Kutatás célja

A 2016. november 1. és 2017. február 28. között folytatott kutatásunk célja a betegedukáció megvalósulása, valamint az oktatási tevékenység során ismertetésre kerülő témakörök vizsgálata a csípőprotézises betegek pre-, peri- és postoperatív ellátási szakaszában. A kutatás fő elemeit képezik a választott tájékoztatói stratégiák feltárása, továbbá a betegoktatás szervezethez és gátló tényezőinek feltérképezése.

Anyag és módszer

A kvantitatív típusú kutatás során a csípőprotézises betegek ellátása keretében végzett betegoktatási tevékenység aktuális helyzetét kívántuk felmérni Magyarország Észak-dunántúli régiójában. A vizsgálatban résztvevő három fekvőbeteg intézmény (melyek közül a Soproni Gyógyközpont és a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház járult hozzá az azonosíthatósághoz) csípőízületi endoprotézis beültetéssel, illetve műtétet követő rehabilitációval egyaránt foglalkozik. 2015. január 1. és 2017. december 31. között összesen 2623, míg a vizsgálat időtartama alatt 244 alkalommal hajtottak végre osztályaikon csípőízületi arthroplasticát. Az adatgyűjtést azon egészségügyi szakdolgozók és orvosok körében végeztük, akik a csípőprotetizált betegek ellátásában

közvetlenül részt vállaltak és a betegek edukációjában érintettek.

Az adatgyűjtés saját szerkesztésű, papír alapú, önkitöltős kérdőív segítségével történt, mely 22 zárt és 1 darab nyitott kérdést tartalmazott. A kérdőív a következő témakörökből épült fel: szociodemográfiai felmérés, a betegoktatás jellemző időpontjára, szervezetszerege vonatkozó kérdések, a betegedukáció során használt módszerek, a tapasztalt akadályozó tényezők feltárása, az ismeretátadás tárgyának vizsgálata a különböző ellátási periódusokban és a tevékenység értékelése.

A válaszadók 5 fokozatú Likert-skálán értékelték – a különböző betegellátási időszakokra mérten – az oktatás végbemenetét (1=egyáltalán nem valósul meg, 5=teljes mértékben megvalósul), valamint az oktatási metódus sikerességét (1=sikertelen, 5=teljes mértékben sikeres). Szintén 5 fokozatú skálán rangsorolhatták az alkalmazott oktatási technikákat és a tapasztalt akadályozó tényezőket (1=leginkább jellemző, 5=legkevésbé jellemző). A kérdőív további egységeiben egy, illetve több feleletválasztási lehetőséget biztosító kérdéseket alkalmaztunk.

I. táblázat: A betegoktatás megvalósulásának mértéke a különböző betegellátási periódusokban (n=86)

Mérték/Idő	Preoperatív szakasz	Perioperatív szakasz	Postoperatív szakasz
Egyáltalán nem	22%	28%	5%
Kis mértékben	11%	4%	3%
Közepes mértékben	29%	24%	26%
Nagy mértékben	24%	23%	29%
Teljes mértékben	14%	21%	37%

A betegoktatás tárgyát képező főbb témaköröket két nagy csoportra bontottuk. Az első, műtétet követő életviteli sajátosságokat magába foglaló csoport témaköréi: az életmódbeli korlátozások, otthoni környezet átalakítása és a postoperatív mobilizálás szempontjai (lábkereszteszés tilalma, fekvés és ülés szempontjai, csípőízületi flexió korlátozása, segédeszköz használata, protézis terhelhetősége) voltak. A második csoportot a műtét körüli tevékenységekkel kapcsolatos tájékoztatás képviselte, melynek témái: műtėti alkalmasság, preoperatív gyógytorna, műtėti előkészítés, beavatkozás folyamata, beültetett protézis tulajdonságai, postoperatív panaszok, fájdalomcsillapítás, sebkezelés és thrombosis profilaxis. A felsorolt kérdésköröket a pre- és perioperatív időszakra vonatkozóan vizsgáltuk.

A kiküldött kérdőívekre az értékelhető válasz összesen 86 darab volt, ami 74%-os arány.

A kapott adatok gyűjtése és feldolgozása IBM SPSS Statistics 20. program segítségével, matematikai és leíró statisztikai módszerek használatával; középérték számítás (átlag) és gyakorisági megoszlás számításával zajlott. Az összefüggések feltárására

keresztábra elemzést, Khi-négyzet, 2-mintás T-, valamint ismételt mérések ANOVA próbát alkalmaztunk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ értéként definiáltuk.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A válaszadók (n=86) 24%-a orvos, 11%-a diplomás ápoló, 22%-a OKJ ápoló, 14%-a szakápoló, további 29%-a gyógytornász szakképesítéssel rendelkezett. Akut, műtétes osztályon az alanyok 51%-a, míg mozgásszervi rehabilitációs osztályon 42%-a, ortopédia ambulancián 5%-a dolgozott. A fennmaradó 2% az egyéb lehetőséget megjelölve, például gyógytorna ambulancián végezte tevékenységét.

A betegoktatás időpontjára vonatkozó adatok

A betegellátás pre-, peri- és postoperatív szakaszában végzett edukáció mértékét az **I. táblázat** mutatja részleteiben.

A preoperatív szakaszra vonatkozó válaszok (n=86) 2,98-as ($\pm 1,35$) átlaga alapján elmondhatóvá vált, hogy a megkérdezettek átlagosan közepes mértékűnek ítélték meg a csípőprotézises betegek edukációjának megvalósulását. A perioperatív periódus tekintetében hasonló vélekedést mutatott a válaszok 3,06-as ($\pm 1,5$) átlaga. A postoperatív időszak terén a válaszok átlaga az előző kettő eseténél némiképp magasabb volt, kisebb szórással: 3,91 ($\pm 1,09$).

Az ellátási periódusok közötti összefüggés, betegoktatási szempontból történő vizsgálatára ismételt mérések ANOVA próbát alkalmaztunk. A próba eredménye alapján ($F(2)=33,351$, $p < 0,001$) megállapítható volt a szignifikáns különbség a betegellátási periódusok között, melynek értelmében a peri- és postoperatív időszakban nagyobb mértékben valósult meg a csípőprotézises betegek oktatása.

A válaszadók megnevezhették a leginkább jellemző ellátási periódust, melynek során edukációs tevékenységet folytattak. 4%-uk válaszolta, hogy nem végzett betegoktatást, 11%-uk a műtét előtti időszakot, 37%-uk a műtét utáni időszakot, 24%-uk a perioperatív időszakot és újabb 24%-uk a pre-,

peri- és postoperatív időszakot egyformára értékelte. (1. ábra)

Az oktatást végzők (n=83) töredéke, csupán 11 fő (13%) használt betegoktatási tervet az ellátás során.

Közülük 5 fő a gyógytornászt, 4 fő a kezelőorvost és 2 fő az ápolót jelölte meg, mint az oktatási terv készítőjét.

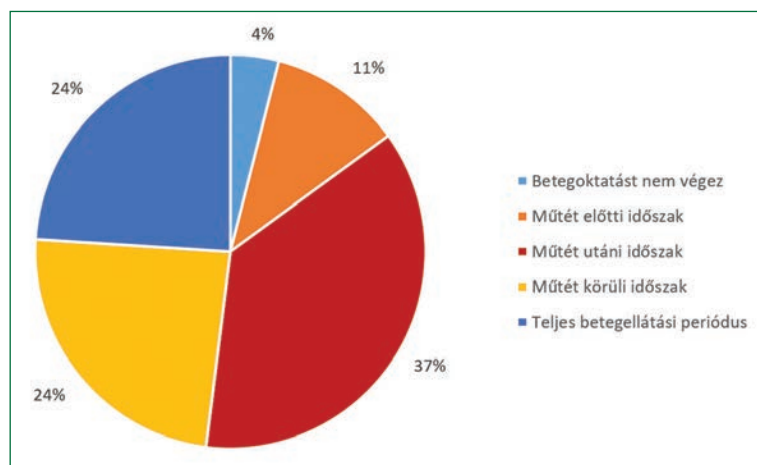
Betegoktatási protokollt a válaszadók 70%-a szerint alkalmaztak az osztályon, illetve az intézményben, míg 21% elmondása szerint nem alkalmaztak, valamint további 9% nem tudott betegoktatási eljárásrendről.

A betegoktatás során alkalmazott módszerek

A betegoktatási módszereket vizsgáló kérdéskörre 76 fő adott választ. Közülük a legtöbben (68

fő) verbális, kommunikációs eszközöket alkalmaztak. 13 fő tájékoztató füzetet, 6 fő pedig képes anyagot használt. Egyéb szemléltető eszközökre, mint mintaprotézis alkalmazására 6 fő esetében, míg multimédiás eszköz (videó) alkalmazására 1 fő esetében volt példa. Mindössze 3 fő vonta be a betegoktatási tevékenységébe a csípőprotézis műtétén korábban átesett betegeket. Ismételt méréses ANOVA próbával vizsgáltuk a betegoktatási eszközök alkalmazási gyakoriságát. Azon résztvevők adatai kerültek elemzésre, akik a nem verbális segédeszközöket használták (n=23). A próba eredménye ($F(4)=4,54, p=0,002$) szignifikáns különbséget mutatott a betegoktatási módszereinek öt megadott változata között aszerint, hogy milyen gyakran alkalmazták őket. Az egyes edukációs eszközökre vonatkozó szignifikáns értékeket 2-mintás T-próbák eredményei mutatják részleteiben. (3. ábra)

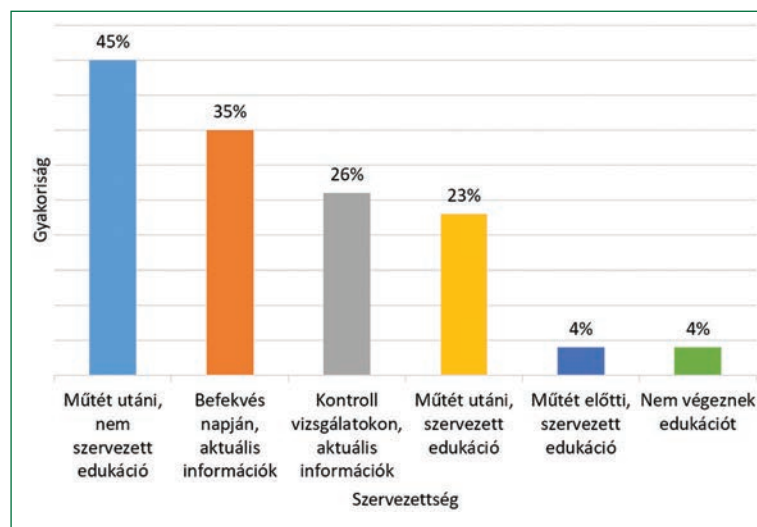
1. ábra: Betegoktatás jellemző időpontja a betegellátás során (n=86)



A betegoktatás szervezetségére vonatkozó adatok

A betegedukáció körülményeit, kivitelezését tekintve a legtöbb esetben (45%) a szervezetlen, postoperatív betegoktatás volt a jellemző, majd ezt követte 35%-kal a befevés napján történő, aktuális információk átadása. A válaszadók 26%-ban nyilatkozták, hogy a betegek a kontroll vizsgálatok alkalmával jutottak az éppen szükséges információkhoz. A szervezett betegoktatásra vonatkozóan 23% válaszolta, hogy műtét után tervezetten edukálták a betegeket (pl. betegoktatási terv, protokoll alapján) és mindösszesen 4% felelt, hogy műtét előtti időszakban szervezett betegoktatási tevékenységet folytattak csoportos felkészítők, előadások keretében. 4%-ban nem volt jellemző a betegoktatás. (2. ábra)

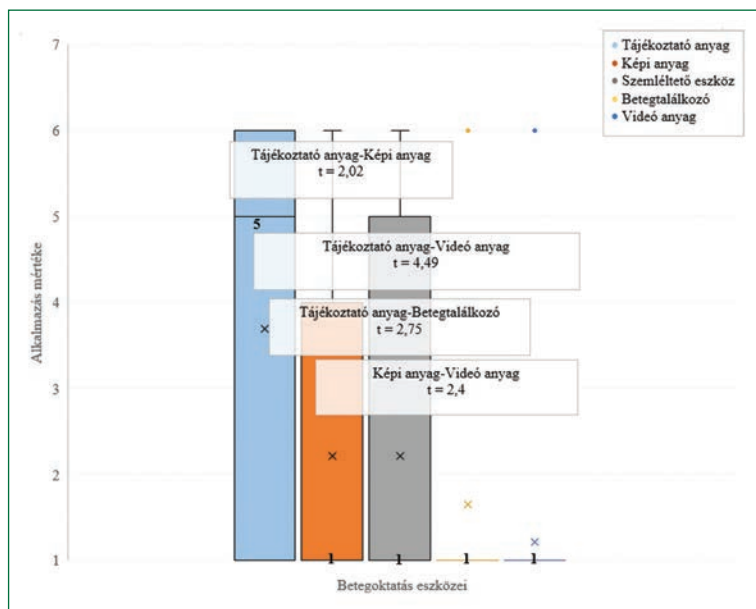
2. ábra: Betegedukáció szervezési körülményei a betegellátás során (n=86)



Betegoktatás során jellemző csapatmunkára vonatkozó adatok

A megkérdezettek többségének (88%) válasza alapján a kezelőorvos és a gyógytornász egyformán részt vállalt a betegek tájékoztatásában. Az alanyok 69%-a jelölte az ápolót, mint betegoktatót, míg a dietetikust csupán az esetek 2%-ában sorolták a team tagjai közé. Arra a kérdésre, hogy csapatmunkaként ítélték-e meg a csípőprotézises betegek tájékoztatását, a résztvevők közül

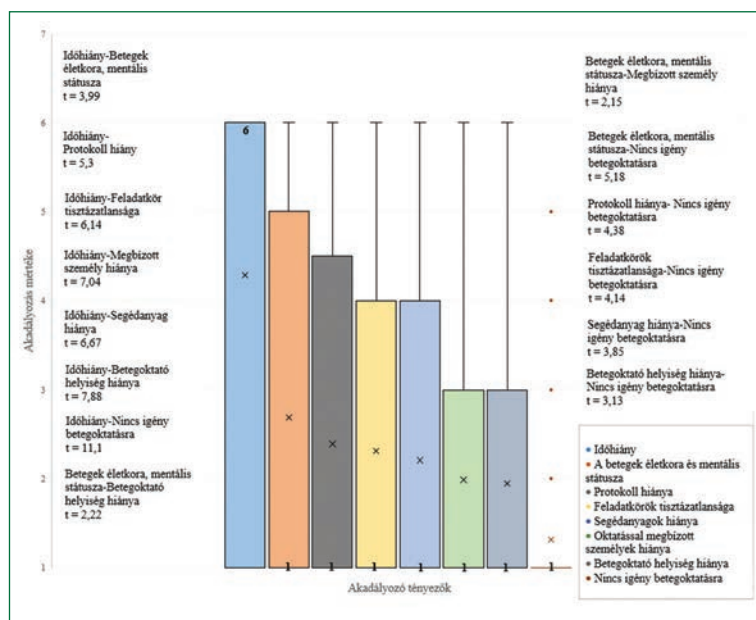
3. ábra: A betegoktatás eszközeinek alkalmazási mértéke (n=23)



(n=86) 68 fő (79%) válaszolt igennel, 15 fő (17%) felelte, hogy nem volt jellemző a csapatmunka az oktatás során és 3 fő (4%) válaszolta, hogy nem végeztek az osztályon betegoktatást. A közös munkát team munkaként megítélő 68 fő közül 41 fő elmondása szerint egyeztettek egymással a teamtagok a betegoktatásról, míg 27 fő meglátása szerint nem. A betegoktatási tevékenység fő koordinátora a válaszadók 63%-a szerint a kezelőorvos volt. Őt követi a gyógytornász 20%-kal, majd az ápoló 12%-

hiánya 25-25 fő számára jelentett akadályozó tényezőt. 9 fő vélte úgy, hogy a betegek részéről nincs kellő igény a betegoktatásra. 3 fő nem érzett önmagában kellő motivációt a betegoktatás folytatására. 1 fő meglátása szerint saját ismereteinek hiánya gátolta a betegoktatást. Az ismételt mérés ANOVA próba eredménye szerint ($F(9) = 25,72, p < 0,001$) szignifikáns különbség volt a fent felsorolt gátó tényezők akadályozó szintje között. Az egyes tényezőkre vonatkozó szignifikáns értékeket a 2-mintás T-próbák eredményei mutatják részleteiben. (4. ábra)

4. ábra: A betegoktatást nehezítő körülmények akadályozó szintje (n=77)



al. Egyforma szerepvállalásról a minta csupán 5%-a vélekedett.

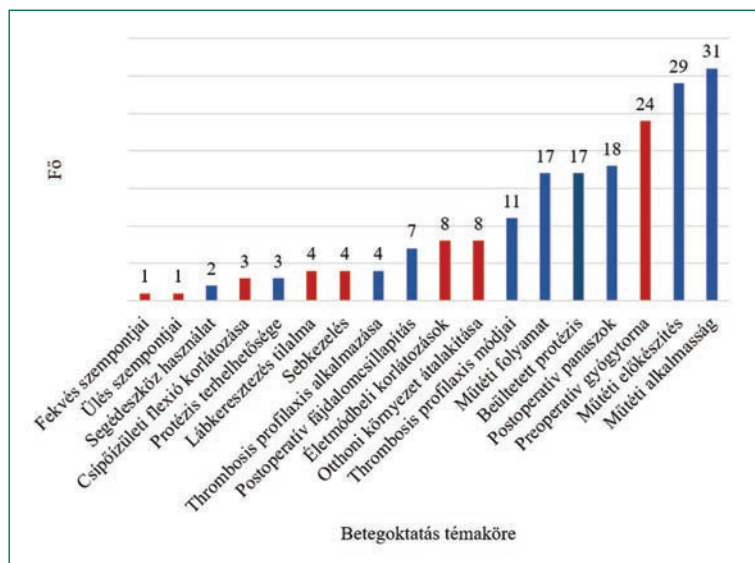
Betegoktatást akadályozó tényezők

A válaszolók közül 77 fő szembeesült valamilyen gátó tényezővel a betegoktatás, illetve a betegoktatás során. A legtöbben (59 fő) az időhiányt és a túlterheltséget jelölték akadályozó tényezőnek. Ezt követte a betegek életkora és mentális státusza (33 fő), majd az edukációs segédeszközök hiánya (30 fő). A feladatok tisztázatlanságát és a protokoll hiányát egyformán 28 fő vélte gátó tényezőnek. A betegoktatási céllal kialakított helyiségek, valamint az oktatási tevékenységgel megbízott személyek

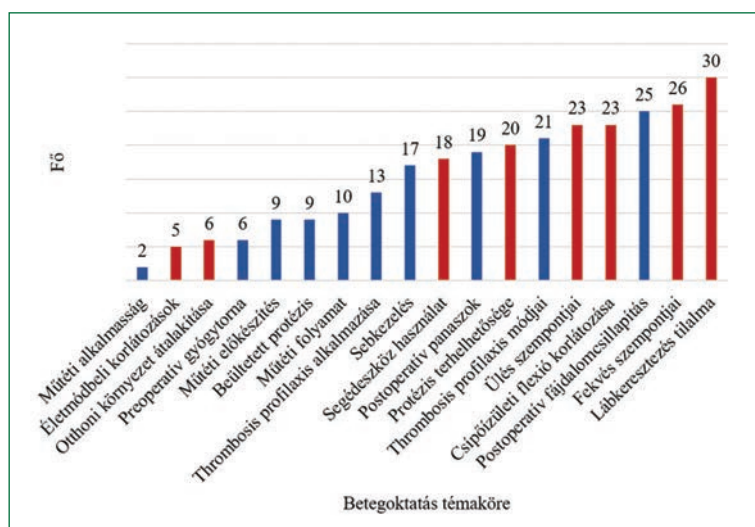
Betegoktatás témakörei, valamint a betegellátás pre- és perioperatív szakaszaira vonatkozó adatok

A betegellátás preoperatív szakaszában 8 fő oktatta a betegeket az életmódváltoztatásról, szintén 8 fő az otthoni környezet kialakításáról. 14 fő végzett tájékoztatást a mobilizálással kapcsolatos információkról (ülés helyes módja, megfelelő ülőfelületek kiválasztása, fekvéssel kapcsolatos szabályok, lábkereszteszítés tilalma, 90°-os csípőflexió tilalma vagy segédeszközök használata, protézis terhelhetősége). Ezzel szemben látható, hogy a műtéttel kapcsolatos tevékenységekről ösz-

5. ábra: A csípőprotetizált betegek oktatása az életmód és mozgáskorlátozásokról, környezeti adaptációról és a műtéttel kapcsolatos tevékenységekről a preoperatív időszakban (n=83)



6. ábra: A csípőprotetizált betegek oktatása az életmód és mozgáskorlátozásokról, környezeti adaptációról és a műtéttel kapcsolatos tevékenységekről a perioperatív időszakban (n=83)



szességében véve gyakrabban oktatták a betegeket. Legtöbbször a műtét alkalmasságáról (31 fő), a műtét előtti gyógytorna szükségességéről (24 fő) informálták a betegeket, míg a legkevesebb számban a sebkezelésről (4 fő), a thrombosis profilaxis lehetőségeiről (7 fő) és alkalmazásuk módjáról (4 fő) edukálták a betegeket.

A betegellátás perioperatív szakaszát megvizsgálva megfigyelhető volt, hogy a műtétet követő életmódbeli korlátozásokról 5 fő, a lakás szükséges felkészítéséről 6 fő tájékoztatta a betegeket. A mű-

tétet követő mozgásbeli korlátozásokról összességében tekintve gyakrabban oktatták a betegeket a preoperatív szakaszhoz viszonyítva. Az egyes információk ismertetésének gyakorisága közel azonos megoszlást mutatott. Leggyakrabban a lábak keresztelésének elkerüléséről (30 fő) és a fekvésről, valamint a fekvés során szükséges párnahasználatról oktatták a betegeket (26 fő), míg a legkevesebb alkalommal a beültetett csípőprotézis terhelhetőségéről (20 fő), valamint a segédesszkezők helyes használatáról (18 fő) edukálták a betegeket. A műtéttel kapcsolatos információk átadása a perioperatív időszakban is kiemelkedő volt, azonban kisebb gyakoriságot mutatott a preoperatív időszakhoz képest. Az egyes információ kategóriák között egyenlőtlen volt a megoszlás. Magas számban oktatták a betegeket a postoperatív fájdalomcsillapítás módszeréről (25 fő), a műtét után várható panaszokról (19 fő), valamint a thrombosis profilaxis lehetőségeiről (21 fő). Kis számban edukálták a betegeket a műtét alkalmasság kérdéséről (2 fő), a preoperatív gyógytornáról (6 fő), a műtét előkészítés folyamatáról (9 fő) és a beültetett protézis típusáról (9 fő).

A preoperatív és perioperatív szakaszra vonatkozó adatokat az 5. és 6. ábra szemlélteti részleteiben. A piros oszlopok az életviteli sajátosságok csoportját, míg a kék oszlopok a műtét körüli tevékenységek csoportját

képviselik.

Betegoktatási stratégia megítélése

A válaszok átlaga 3,31 ($\pm 0,858$) volt, mely alapján elmondható, hogy közepes mértékben tekintik sikeresnek a betegedukációs módszerüket.

Megbeszélés

Az egyre nagyobb információ szükségletnek, a megváltozott betegszerepnek köszönhetően az

egészségügyi ellátás sarkalatos pontjaként ismeretes a betegek megfelelő tájékoztatása, aktív bevonása az ellátási folyamatba. A csípőprotézis műtéten átesett betegeknek a sikeres műtéti végkimenetel érdekében számos ismeretet szükséges elsajátítani. Azonban mind a külföldi, mind a hazai szakirodalmak rávilágítanak arra, hogy a betegoktatás megszervezésében, a választott tájékoztatási módszerekben számos deficit felmerül.

A felmérés során láthatóvá vált, hogy a vizsgált intézményekben a csípőprotézises betegek tájékoztatása a vezetés protokollok útján történő szabályozási kísérletei ellenére a peri- és postoperatív időszakban, szervezeten formában folyt. Az ismeretátadás során elhanyagolható mértékben kombinálták a különböző oktatási eszközöket, így a tájékoztató kiadványokat, szemléltető anyagokat vagy csoportos foglalkozásokat. A betegdukáció ad hoc jellege ellenére a résztvevők csapatmunkaként ítélték meg tevékenységüket. Sajnálatos azonban, hogy team tagként elenyésző számban említették a dietetikust, tekintve, hogy a csípőprotézis műtéten átesett betegek jó része jelentős súlyfelesleggel bír tapasztalataink szerint. A kérdőívet kitöltők – kiegészítő válaszlehetőségként – nem tették említést az aneszteziológusról, ergoterapeutáról, a rehabilitációt végig kísérő szakdolgozóról vagy akár a családtagokról és a betegekről, mint partnerekről a betegoktatás folyamatában. A tájékoztató tevékenységet tovább nehezítette a válaszadók által tapasztalt időhiány és túlerheltség. A betegoktatás során átadott ismereteket illetően összességében megállapítható volt, hogy mind a pre-, mind pedig a perioperatív időszakban háttérbe szorult a csípőprotézises betegek tájékoztatása a műtétet követő életmódváltoztatásról és az otthoni környezet szükséges átalakításairól. A műtét utáni mobilizálással, mozgáskorlátozással kapcsolatban lényegesen nagyobb mértékben informálták a betegeket a perioperatív időszakban, mint a preoperatív időszakban. A műtéttel kapcsolatos tevékenységekről összességében egyformán nagy mértékben tájékoztatták a csípőprotézises betegeket a pre- és perioperatív időszakban, ugyanakkor látható, hogy az egyes oktatási témákról eltérő gyakorisággal edukálták a betegeket. Mindemellett észlelhető volt, hogy ezen témakörök ismertetési gyakorisága egymást ellensúlyozta az említett betegellátási periódusokban.

Javaslatok

Javasolt már a coxarthrosis diagnózisának felállításától a szervezett, szakképzett ápolók által készített írásos terv alapján ütemezett betegoktatás megkezdése, melynek kiindulási pontját a beteggel közösen meghatározott prioritások képezik.

Egy kifejezetten a betegoktatás köré szerkesztett,

a beteg tulajdonát képező prospektus a teljes betegellátási periódust végig kísérhetné. Tartalmazná a személyre szabott oktatási tervet, a pontokba szedett, lényegre törő kifejtésekkel és ábrákkal magyarázott ismereteket, továbbá az elért készségek dokumentációját. Alkalmazása lehetővé tenné az otthoni körülmények közötti átismétlést és a haladás precíz nyomon követését, az oktatást, valamint az egészségügyi ellátást végzők hatékony együttműködését, továbbá az eredményesebb beteg menedzsmenetet.

Az egészségügyi szakdolgozók létszámhiányát alapul véve, a személyes konzultációk optimálisabb szervezése céljából megfontolandó kis létszámú betegcsoportokban, előadások vagy foglalkozások formájában végezni az általános tájékoztatást. Mindez a diagnózis megállapításától kezdődően az ellátás végéig tartana megszabott időközönként. A csoport felállításának kiindulópontja lehet a várólista vagy akár az életkor is.

A foglalkozások témái szakterületenként szétoszthatók, ezáltal is biztosítva a széleskörű oktatást és kibővítve az információátadást végzők csapatát aneszteziológussal, ergoterapeutával, dietetikussal és a rehabilitáció területeit képviselők személyével.

Alapvető feltétel valamennyi résztvevő modern szemlélete a csapatmunka és a betegoktatás terén. Mindenképp kiemelendő az ápolók aktívabb szerepvállalásának szükségessége az edukációban, hiszen az ápolás során a beteggel együtt töltött idő megalapozza a bizalmi légkört, mely a beteg compliance kialakításának és az ismeretátadás sikerességének nélkülözhetetlen eleme.

Az oktatás minőségének fejlesztése és a teamen belüli folyamatos kapcsolattartás érdekében ajánlott meetingek szervezése, melynek során az egyes betegek ismereti szintjének értékelése mellett, az egymás és a közös munka elemzése is napirendi pontra kerülhet, folyamatos visszacsatolást biztosítva az oktatók számára.

Az ellátásban, valamint az oktatásban résztvevő ápolók nagymértékben hozzájárulhatnak ezen színvonalat fejlesztő tevékenységhez a területen végzett kutatásaikkal és azok publikálásával. A csípőprotetizált betegek tájékoztatással kapcsolatos igényeit, elégedettségét vizsgáló felmérések meggyőző érvenként szolgálhatnak mind az intézmény vezetése, mind a tájékoztatást végzők számára egy korszerű oktatási program kidolgozására.

A hatékony oktatás érdekében egyaránt kívánatos a tájékoztatást végző teamet a betegdukáció irányába képezni, ismereteiket kibővíteni.

A tájékoztató füzetek, kiadványok használata elterjedtebb módja a betegdukációnak, ugyanakkor javasolt mind az ápolók, mind a team többi tagja számára a multimédiás eszközök, szemléltető eszközök

zők (mulázs, mintaprotézis) fokozottabb igénybevétele, kombinálása. Segítségükkel a betegek könnyebben megérthetik a beavatkozás lényegét, az anatómiai viszonyok megváltozását, valamint a rehabilitáció szempontjait. Mulázsok alkalmazásával akár már műtét előtt megtanulhatják például a véralvadást gátló injekció helyes alkalmazását. A számítógépet kezelni tudó betegeknek, illetve hozzátartozóiknak a megbízható internetes források ajánlásán túl az intézmények összeállíthatnak egy elektronikus oktató csomagot, mely az információk rendszeres felidézését szintén támogatná. A műtéttel, felépüléssel kapcsolatos élmények, tapasztalások minél hitelesebb közvetítése céljából tanácsos a beavatkozásokon már átessett betegek bevonása.

Annak érdekében, hogy a betegek pszichésen és fizikálisan is felkészültek legyenek a műtetre és a műtéttel járó új életformára, szükséges és javasolt a

műtét utáni életmódról, a környezeti kialakításokról és a mobilizálás szempontjairól már a preoperatív időszakban szervezett keretek között megkezdeni az edukációt, melyben az ápolók aktív részvétele kulcsfontosságú. Ezáltal a csípőprotetizált betegek időben rákészülhetnek a műtétet követő nehézségekre mind otthonuk célzott átalakításával, mind pedig megszokott életritmusuk átszervezésével és a műtétet követő otthoni segítségnyújtás megszervezésével.

Összességében elmondható, hogy a csípőprotézises betegek oktatása nélkülözhetetlen, az ortopédia- traumatológiai ellátásban dolgozók közös ügye, mely sajnos, jelen tanulmány szerint is számos fejlesztést igényel. Bízunk benne, hogy kutatásunkkal nem csupán a terület hiányosságaira hívtuk fel a figyelmet, hanem a benne rejlő lehetőségekre és a betegoktatás kiemelt szerepére a csípőprotetizált betegek ellátásában.

Irodalomjegyzék

1. Andrassy, G. (2013). Paradigmaváltás - a betegoktatás az egészségügyi ellátás kulcskérdése. *Fizioterápia: Magyar Gyógytornászok Társaságának lapja*, 22(2), 25-27.
2. Czyzewska, A., Glinkowski, W. M., Walesiak, K., Krawczak, K., Cabaj, D., & Gorecki, A. (2014). Effects of preoperative physiotherapy in hip osteoarthritis patients awaiting total hip replacement. *Archives of Medical Science*, 10(5), 985-991. doi:10.5114/aoms.2014.46218. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223143/>
3. Henics, D., Katonáné Halupa, D., Juhász, M., Szabó, I., Gimesi, C., & Torkos Miklós, B. (2012). Csípőprotetizált betegek rehabilitációja. *Fizioterápia: Magyar Gyógytornászok Társaságának lapja*, 21(2), 12-15.
4. Johansson, K., Hupli, M., & Salantera, S. (2002). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 634-639.
5. Johansson S., A., Ingadottir, B., Salantera, S., Sigurdardottir, A., Valkeapaa, K., Bachrach-Lindstrom, M., & Unosson, M. (2014). Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: a multinational survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1491-1499. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.03.006. Retrieved from <http://sciencedirect.com>
6. Kennedy, D., Wainwright, A., Pereira, L., Robarts, S., Dickson, P., Christian, J., Webster, F., (2017). A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 413. doi:10.1186/s12891-017-1769-9. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5639777/>
7. Király, E., & Gondos, T. (2012). Csípőízületi endoprotézis beültetés utáni mozgásfunkciók hatása a beteg szubjektív egészségi állapotára és a műtėti sikeresség érzetére. *Nővér*, 25(3), 5-9.
8. Sigurdardottir, A. K., Leino-Kilpi, H., Charalambous, A., Katajisto, J., Stark, A. J., Sourtzi, P., . . . Valkeapaa, K. (2015). Fulfilment of knowledge expectations among family members of patients undergoing arthroplasty: a European perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 615-624. doi:10.1111/scs.12199. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=111811990&site=ehost-live>
9. Tóth, T., & Dinya, E. (2013). A személyre szabott betegoktatás lehetőségei. *Orvosi hetilap*, 154(11), 403-408.

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Középiskolások ápolói pályaképe

TISÓCZKI Evelin, DR. BALOGH Zoltán

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A vizsgálat célja, hogy korcsoportos bontásban megvizsgálja az életkor és a tankötelezettség képzési folyamatának során a tanulók pályaelektívációs attitűdjének alakulásait. Kutatásban a szerzők választ kívántak kapni arra, hogy a magyar közoktatásban résztvevő tanulók körében mekkora „népszerűségnek” örvend az egészségügy, mint szakmai terület. Amennyiben valaki e szakterületet érzi magához közelebb, akkor milyen jövőképpel rendelkezik.

Vizsgálati módszer és minta: Az adatfelvétel 2017. október – 2018. január között valósult meg egy saját szerkesztésű online kérdőívvel, amely Magyarország valamennyi megyéjébe kiküldésre került (N=329). Ezen képzőhelyek egészségügyi szakképzésben érintettek. Az adatelemzés SPSS 15.0 for Windows statisztikai program segítségével történt, amelynek során – az alacsony mérési szintű változókra tekintettel – Khi négyzet-próbát és Mann-Whitney statisztikai próbát alkalmaztak ($p < 0,05$).

Eredmények: A vizsgálati személyek közül 159 fő esetében (48%) nem, 170 fő esetében (52%) van egészségügyi dolgozó a családban. Az eloszlások ellenőrzését elvégezve megállapíthatjuk, hogy nincs szignifikáns különbség az eloszlásban a két csoportnál, tehát ugyanannyi, (vagyis statisztikailag jelentős különbséggel nem bír) az egészségügyi pályát szívesen választók aránya. A pályaválasztás kapcsán a válaszadók közül 276 fő (86%) tartja elképzelhetőnek, hogy az egészségügyi pálya felé orientálódjon, 46 fő (14%) pedig más irányban tervezi az életét. Hét fő részéről nem érkezett válasz a kérdésre. A Mann-Whitney próbát elvégezve megállapítható, hogy nincs szignifikáns különbség a mediánokat illetően a két csoportnál, tehát ugyanannyi – vagyis statisztikailag jelentős különbséggel nem bír – a pályaválasztást illetően az ápolói hivatás megbecsültsége. A 329 fős mintából 215 fő (65%) válaszolta azt, hogy szívesen dolgozna ápolóként, míg 114 fő (35%) felelte azt, hogy nem választaná ezt a hivatást.

Következtetések: Nem befolyásolja jelentősen a pályaválasztót az, hogyha a családban van egészségügyi dolgozó. A pályaválasztás előtt álló diákok nem befolyásolja jelentősen a megbecsültség, sokkal inkább motiválja az együttérzés és a segítő szándék a másik ember iránt.

Kulcsszavak: pályakép, középiskolások, szakképzés, ápolás, hivatás

Nursing career of the high-school students

Evelin TISÓCZKI, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

Aim of the research: The aim of the study is to analyze the trends of student orientation in the age and compulsory education process by age group. In our research, we would like to answer the question of how much „popularity” the health care profession as a professional area among students participating in Hungarian public education. If you feel this area of expertise close to you, what kind of vision you have.

Research and sampling methods: A self-constructed questionnaire was administered during 24 Oct 2017 – 13 Jan 2018. In all counties of Hungary, the authors sent it to at least one of the training sites and filled up with me (N=329). These training sites are involved in healthcare training. Data were analysed with SPSS 15.0 for Windows statistical program. Chi square, Mann-Whitney tests were applied ($p < 0,05$).

Results: Out of the 159 people (48%), 170 (52%) in the family have healthcare workers. When performing the controls of the distributions, we can conclude that there is no significant difference in the distribution between the two groups, so there is the same number - that is, statistically significant difference - of the proportion of those willing to choose the health care path. In terms of career choice, 276 (86%) of respondents believe it is likely to be oriented towards the health care path, with 46 people (14%) planning their life is in another direction. Seven of its principal did not answer the question. By completing the Mann-Whitney test, we can conclude that there is no significant difference between the two groups in the medians, so there is no difference - that is, statistically significant difference - with respect to career choice as a nursing profession's esteem. Of the 329 participants, 215 (65%) replied that they would like to work as a nurse, while 114 (35%) responded that they would not choose this job.

Conclusion: Don't influence significantly the career entrant if there is a healthcare worker in the family. Who stand in front of career choice don't influence significantly the appreciation but is more motivated by sympathy and helplessness toward another person.

Keywords: career, high school, vocational training, nursing, vocation

TISÓCZKI Evelin,
Diplomás ápoló,
MSc ápoló hallgató
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar

DR. BALOGH Zoltán,
tanszékvezető, főiskolai tanár,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolási Tanszék

Levelező szerző
(correspondent):
TISÓCZKI Evelin,
Elérhetőség: e-mail:
tisoczkievelin@gmail.com

Beérkezett: 2018. június 6.
Elfogadva: 2018. június 13.

Bevezetés

Az egészségügyet, mint szakterületet, szakmai területet, már hosszú idők óta nagy érdeklődés veszi körül. A kutatások középpontjában leggyakrabban az orvosok állnak és csak jóval kevesebb kutatás szól a paramedikális személyzetről, akik ugyanolyan fontos szerepet töltenek be az egészségügyi területen. A paramedikális személyzet közé tartoznak többek között az ápolók, akik a mindennapi gyógyító (kuratív) folyamatok nélkülözhetetlen résztvevői, sok esetben faktorai. A napjainkban sokat emlegetett anyagi és morális megbecsülés hiányában, mégis magas fokú elvárások mellett végzik lelkiismeretes módon, napról napra terhelt munkájukat (Piczil & Pikó, 2012).

A kutatást középiskolások körében végeztük el. Számos kérdésre kerestük a választ, így például arra, hogy mi az oka, hogy valaki ápoló szeretne lenni? Mi a személyes motivációja? Pályaválasztás előtt a diákok tudják-e mit jelent valójában *ápolónak lenni*? Ezt elsősorban a segítő szándék vagy a családi minta befolyásolja? Kutatásunk célja volt, hogy korcsoportos bontásban megvizsgáljuk az életkor és a tankötelezettség képzési folyamatának során a tanulók pályorientációs attitűdjének alakulásait. Kutatásunkban választ kívántunk kapni arra, hogy a magyar közoktatásban résztvevő tanulók körében mekkora „népszerűségnek” örvend az egészségügy, mint szakmai terület. Amennyiben valaki e szakterületet érzi magához közelinek, akkor milyen jövőképpel rendelkezik. Amikor segítséget nyújtunk valakinek, akkor betöltjük a segítő szerepét. Nem ítélkezünk mások felett, nem nézzük és nem is várunk el „ellenszolgáltatást”, a segítő részére nem származik belőle anyagi és erkölcsi haszon. Az ápolás, mint hivatás, mégis elgondolkodtató az altruizmus szempontjából. Tény, hogy egy egészségügyi szakdolgozó munkája ellenében fizetésben részesül. Az ápolás akkor mégsem tekinthető altruista viselkedési mintázatnak? Az altruista viselkedési attitűd egy olyan önzetlen magatartási forma, amikor valaki önmaga elé helyez egy másik embert, ekkor önmaga valamelyest háttérbe szorul (Erdősi et al., 2009).

A Nővér című folyóirat egyik 2009-es cikkéből kiderült, hogy aki segítő szakmát választ, mi az az értékprioritás, ami a legelső helyen áll és legmagasabb átlagértékkel az altruizmus került ki „győztesen” (Tóth, 2009).

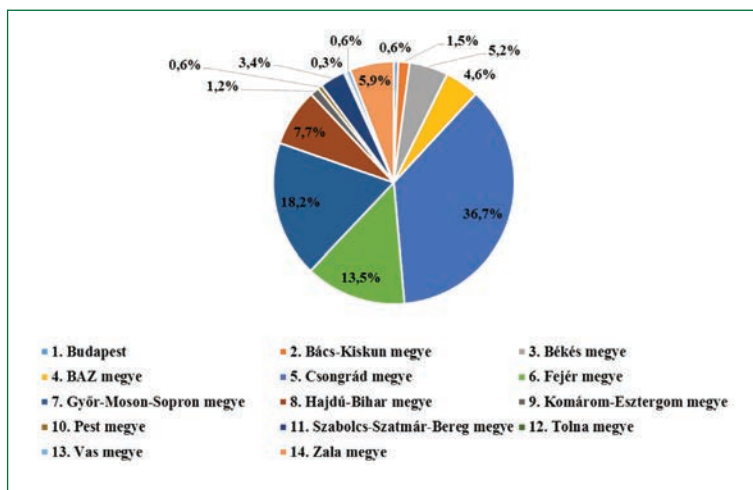
Kutatásunkban azokról a diákokról van szó, akik pályaválasztás előtt állnak, azokról, kiknek fontos döntést kell hozniuk majdani jövőjüket illetően. Ők azok a diákok, akik segítő szakmában szeretnének elhelyezkedni. A téma aktualitását tekintve, úgy éreztük, egyre aktuálisabb, fontos és szükséges foglalkozni vele. Miként látják az egészségügyet a

fiatalabb diákok, azok, akik pályaválasztás előtt állnak. Egy hivatás előtt. Tisztában vannak-e a szakma szépségeivel, árnyoldalaival, azok összességével? Elég-e hosszútávon az, ha valaki nagy empátiaszinttel rendelkezik? Hogyan lesz tovább? Fizikai leterheltség, kevés fizetés, betegségek kialakulása a hivatást gyakorló szervezetében? Induláskor tudatában vagyunk ezeknek a tényezőknek? Tudatosan vállaljuk a szakma napos oldalával együtt? A világ folyamatosan, egyre gyorsuló módon változik. Mindig is voltak társadalmi egyenlőtlenségek, az általános életminőség hol javult, volt, hogy romlott. A társadalmi értékrendszer is hihetetlen módon változik. Mégis egy valami „nem változhat” minden történés ellenére sem! Az a segítő attitűd! Ez jellemzi azokat az embereket, akik a humán segítő szférában dolgoznak. Egy laikus embernek is azonnal eszébe jutnak azok az attitűdbeli jellemzők, amik a segítő hivatásra jellemzőek (Erdősi et al., 2009).

Szentgyörgyi Márta egyik cikkében szerepel az, hogy ő már kisgyerekként eldöntötte azt, hogy ápolónő szeretne lenni, ahogy édesanyja is az volt. Vonzotta az embereken való segíteni akarás tudata. Sok ember (közötte szakmabeli ápoló is) feltette neki a nagy kérdést: *„Biztos, hogy ezt akarod csinálni?”* Szentgyörgyi Mártában felmerült a kérdés, hogy vajon mi az, minek kell ahhoz történnie, hogy valaki efféle kérdést tegyen fel? De mást is hallott, nemcsak negatívát: *„Milyen értékes, becsülendő hivatás, milyen ragyogó, nemes küldetés”*. Valójában, akkor mi a valóság? (Szentgyörgyi, 2000) Strasen könyvében az alábbi olvasható: *„Az ápolónőknek arra kell koncentrálniuk, amit ők maguk tehetnek saját és szakmai imázsuk megváltoztatása érdekében. Sok esetben nem is hisznek abban, hogy saját hatalmukban áll a szakma imázsának megváltoztatása. Ezért aztán külső forrásoknál keresnek megoldást. Mindaddig, amíg a nők úgy vélekednek, hogy sorsukat külső tényezők határozzák meg és ezzel kompromisszumot kötnek, addig semmit sem kell tenniük. Pártatlanok maradhatnak, és nem kell úgy cselekedniük vagy egyéni felelősséget vállalniuk saját sorsukért. Ezzel ellentétben a sikeres nők inkább belső, mint külső kontrollal jellemezhetők.”* Szentgyörgyi Márta kutatási eredményeiből kiderül (interjú, 20 fő, aki 2,5-23 éve van a pályán), hogy az ápolók többségét (90%) „az emberek szeretete, segíteni akarás, gyengébbek felkarolása, egy pozitív kórházi élmény” indította el a pályán (Szentgyörgyi, 2000).

Vizsgálat célja

Vizsgálat célja volt, hogy korcsoportos bontásban megvizsgáljuk az életkor és a tankötelezettség képzési folyamatának során a tanulók pályorientációs attitűdjének alakulásait. Kutatásunkban választ kí-

1. ábra: A válaszadó középiskolások területi megoszlása (N=329)

vántunk kapni arra, hogy a magyar közoktatásban résztvevő tanulók körében mekkora „népszerűségnek” örvend az egészségügy, mint szakmai terület. Amennyiben valaki e szakterületet érzi magához közeleink, akkor milyen jövőképpel rendelkezik.

Három hipotézist fogalmaztunk meg:

H1: Feltételezzük, hogy az egészségügyi (szak) dolgozó (lehet orvos vagy gyógyszerész is) jelenléte a családban szignifikánsan befolyásolja az egészségügyi pályaválasztást.

H2: Feltételezzük, hogy a megbecsülés alakulása szignifikánsan befolyásolja az egészségügyi szakterületre történő pályaeorientációt.

H3: Feltételezzük, hogy az egészségügyi pályát választók valós ismerettel rendelkeznek az ápolói pálya jelen helyzetéről, lehetőségeiről és a munkakör felelősségére vonatkozó kérdésekről.

Anyag és módszer

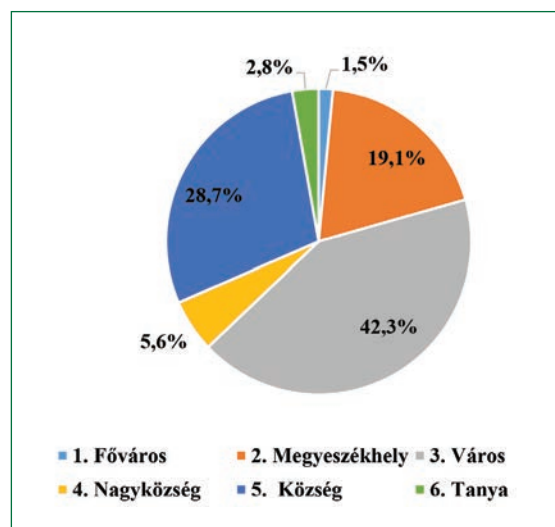
Az adatfelvétel 2017. október – 2018. január között valósult meg egy saját szerkesztésű online kérdőívvel (Google-drive segítségével készült el), amelyet Magyarország valamennyi megyéjébe eljuttattunk (N=329). Ezen képzőhelyek egészségügyi szakképzésben érintettek. Az adatelemzés SPSS 15.0 for Windows statisztikai program segítségével történt, amelynek során – az alacsony mérési szintű változókra tekintettel – Khi négyzet-próbát és Mann-Whitney statisztikai próbát alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények

A vizsgálatban 329 fő vett részt (életkor: 14-19 év, $M=17,879$; $SD=2,356$; 293 nő / 36 férfi). A résztvevők megyék alapján való megoszlása nagyon vál-

tozatos volt. Az **1. sz. ábrán** jól látható, hogy Pest megyéből 4 fő (ebből 2 fő Budapest főváros) (1,5%), Bács-Kiskun megyéből 5 fő (1,5%), Hajdú-Bihar megyéből 25 fő (7,7%), Komárom-Esztergom megyéből 4 fő (1,2%), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből 11 fő (3,4%), Békés megyéből 21 fő (5,2%), Tolna megyéből 1 fő (<1%, vagyis 0,3%), Zala megyéből 19 fő (5,9%), Győr-Moson-Sopron megyéből 59 fő (18,2%), Fejér megyéből 44 fő (13,5%), Csongrád megyéből 119 fő (36,7%), Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből 15 fő (4,6%), Vas megyéből 2 fő (0,6%), töltöt-

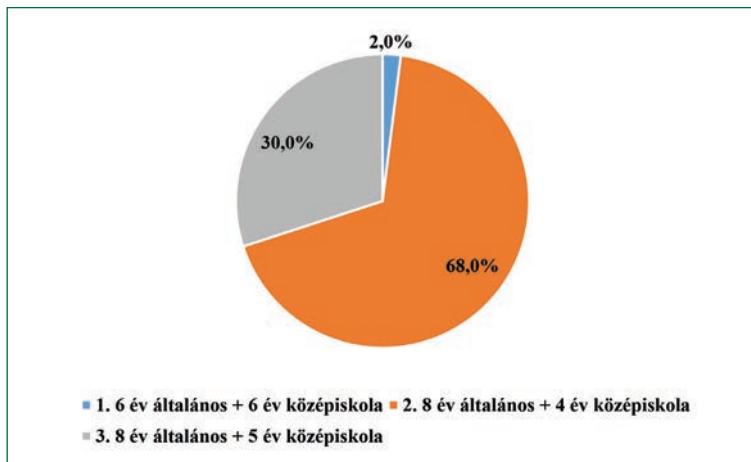
te ki az online kérdőívet. Egyetlen kitöltött kérdőív sem érkezett Baranya megyéből, Heves megyéből, Jász-Nagykun-Szolnok megyéből, Nógrád megyéből, Somogy megyéből és Veszprém megyéből. A vizsgálati minta nem tekinthető reprezentatívnak, mivel nem érkezett minden megyéből kitöltött kérdőív, továbbá a kitöltések aránya földrajzilag sem egyeznek meg. Csongrád megyében volt a legnagyobb elemszám, amivel dolgozni lehetett (119fő=36,7%). A lakóhely szerinti megoszlás pedig a következők szerint alakult: főváros (5 fő; 1,5%), megyeszékhely (62 fő; 19,1%), város (142 fő; 44,5%), nagyközség (18 fő; 5,6%), község (93 fő; 28%), tanya (9 fő; 2,8%). (**2. ábra**)

2. ábra: A válaszadó középiskolások település típusok szerinti megoszlása (N=329)

A mintába tartozó személyek közül 225 fő (68%) végezte tanulmányait a hagyományos 8 év általános + 4 év középiskolai rendszerben, 98 fő (30%) 8 év

általános + 5 év középiskolai rendszerben, míg 6 fő (2%) 6 év általános + 6 év középiskolai megoszlásban tanultak. A 4 év általános + 8 év középiskolai rendszerben nem végzett senki (0%), így ez nem került feltüntetésre az ábrán. (3. ábra)

3. ábra: A válaszadó középiskolások képzési forma szerinti megoszlása (N=329)



fel. Az „Egyéb” között megadott válaszként szerepelt ápoló, orvos, asszisztens, betegszállító, fogászati asszisztens, műtős szakasszisztens, fogorvos, gyógytornász, dietetikus, labor asszisztens, képalkotó diagnosztikai analitikus, osztályvezető főorvos, egészségügyi szervező és boncmester. Az eloszlások ellenőrzését elvégezve megállapíthatjuk, hogy nincs szignifikáns különbség az eloszlásban a két csoportnál, tehát ugyanannyi (vagyis statisztikailag jelentős különbséggel nem bír) az egészségügyi pályát szívesen választók aránya. A válaszadók csupán 10%-a érezte úgy, hogy a családi vonal dominánsan befolyásolta a pályaválasztásában, ugyanakkor a másik kérdésben pedig kiderült, hogy a vizsgálati helyeken tanuló válaszadók többségében kézzel fogható módon megjelenik az egészségügyi családi háttér, azaz mégiscsak befolyásolja a pálya felé történő viszonyulást, ha nem is direkt módon érzik ők ezt.

Első hipotézis vizsgálata

Az eredmények bemutatását állított hipotéziseink sorrendjében végeztük el. Ezzel összefüggésben először azt néztük meg, hogy a családban egészségügyi területen dolgozó valamely személy jelenléte miként függ össze az egészségügyi pályaválasztással. A kategorizált változók eloszlásának összehasonlítására Khi négyzet-próbát alkalmaztunk.

Először is elmondható, hogy a vizsgálati személyek közül 159 fő esetében (48%) nem, 170 fő esetében (52%) van egészségügyi dolgozó a családban.

Az egészségügyben dolgozó családtag 12 főnél (7%) az édesapa, 53 főnél (31%) az édesanya, 13 főnél (8%) a testvér, 3 főnél (2%) a nagypapa, 14 főnél (8%) a nagymama, 68 főnél (40%) valamely más családtag volt. Hét személy esetében (4%) több hozzátartozó is egészségügyi szakdolgozó. Az „Egyéb” között válaszként szerepelt rokoni kapcsolati fokként a leányom, keresztanya, dédnagymama, unokatestvér, sógor, mostohaanya. (4. ábra)

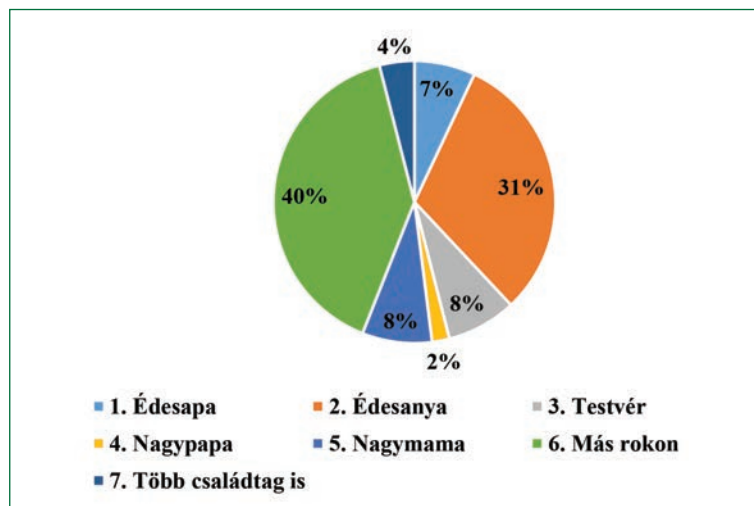
A rokonok egészségügyi végzettsége, betöltött munkaköre rendkívül széles spektrumot ölelt

Második hipotézis vizsgálata

Egészségügyi szakterületre való pályaorientáció és a kérdőíves vizsgálatban résztvevők a megbecsülésre vonatkozó elképzelésének kapcsolatát vizsgáltuk. A statisztikai elemzéshez – az ordinális (rendező) skálamérési szintű változókhoz – a Mann-Whitney próbát végeztük el.

A pályaválasztás kapcsán a válaszadók közül 276 fő (86%) tartja elképzelhetőnek, hogy az egészségügyi pálya felé orientálódjon, 46 fő (14%) pedig más

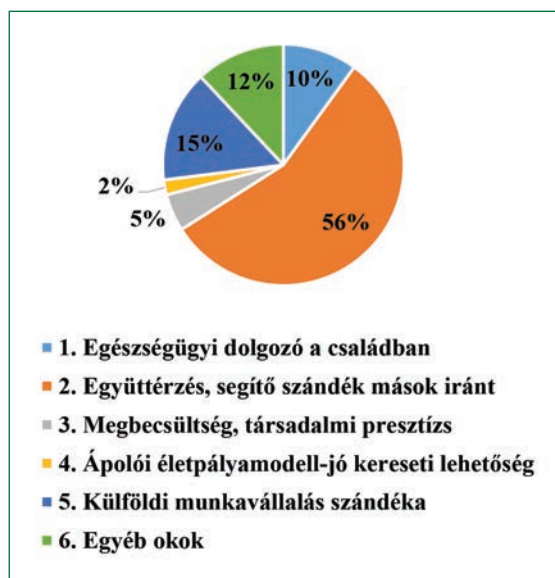
4. ábra: A válaszadó középiskolások családjában előforduló egészségügyi dolgozó személye (N=329)



irányban tervezi az életét. Hét fő részéről nem érkezett válasz a kérdésre.

Az egészségügyi pályát választók körében ezután a *pályaválasztási motivációkat* vizsgáltuk meg. Eszerint 25 fő (10%) a családjában, rokonságában ismert egészségügyi dolgozó példáját követve, 135 fő (56%) együttérzésből, a mások iránt érzett segítő szándék által vezérelve, 11 fő (5%) a megbecsültség, a társadalmi presztízs okán, 6 fő (2%) az ápolói életpályamodell jó kereseti lehetőségként való felfogására alapozottan, 37 fő (15%) a külföldi munka lehetőség reményében, míg 28 fő (12%) egyéb okok miatt választana egészségügyi foglalkozást, hivatást. Harmincnégy fő (12%) nem indokolta meg pályamotivációját. Azok a vizsgálati személyek, akik nem választanának egészségügyi pályát, elsősorban más irányú érdeklődésükről adtak számot, illetve ennek a szakmának a nehézségére, a benne dolgozók nagyfokú felelősségére és alulfizettségére világítottak rá. (5. ábra)

5. ábra: A válaszadó középiskolások egészségügyi pálya felé orientálódásának és motivációinak alakulása



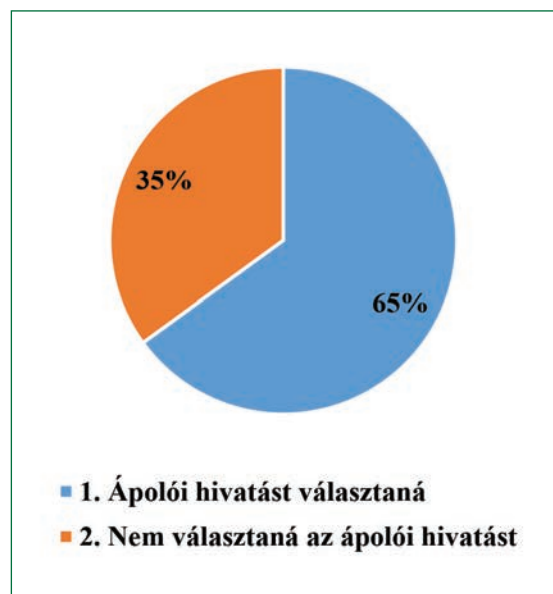
A Mann-Whitney próbát elvégezve megállapíthatjuk, hogy nincs szignifikáns különbség a mediánokat illetően a két csoportnál, tehát ugyanannyi – vagyis statisztikailag jelentős különbséggel nem bír – a pályaválasztást illetően az ápolói hivatás megbecsültsége.

Harmadik hipotézis vizsgálata

Végül az egészségügyi pályát választóknak az ápolói pálya jelen helyzetéről, lehetőségeiről és a munkakörrel járó felelősségről szerzett ismereteit tártuk fel.

A 329 fős mintából 215 fő (65%) válaszolta azt, hogy szívesen dolgozna ápolóként, míg 114 fő (35%) felelté azt, hogy nem választaná ezt a hivatást. (6. ábra)

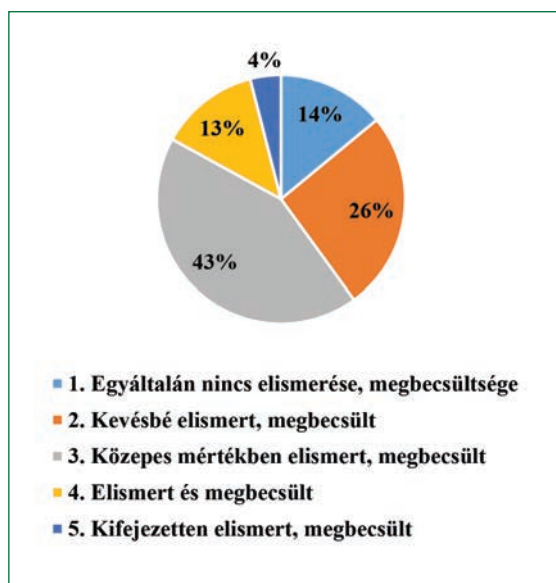
6. ábra: A válaszadó középiskolások közül az ápolóként szívesen dolgozók számának alakulása a vizsgálati mintán (N=329)



Az ápolói hivatás Magyarországon való elismertését, megbecsültségét illetően a válaszadók közül – a teljes mintán – 44 fő (14%) úgy vélte, hogy az egyáltalán nincs elismerve, megbecsülve, 86 fő (26%) kevésbé, 141 fő (43%) közepes mértékben vélte azt elismertnek, megbecsültnek, 44 fő (13%) inkább sorolta azt az elismert és megbecsült foglalkozások közé, s mindössze 14 fő (4%) állította, hogy az társadalmi szempontból kifejezetten elismert, megbecsült szakmaként áll. (7. ábra)

A hazai egészségügyi ellátórendszerben dolgozó ápolók számának elégséges vagy elégtelen voltára nézve 126 fő (38%) úgy vélte, hogy hazánkban súlyos mértékű az ápolók hiánya. Továbbá 159 fő (49%) szerint nem elegendő a létszám, kicsit több ápolóra lenne szükség, 13 fő (4%) véleménye, hogy az ápolói létszám megfelelő, 4 fő (1%) pedig az optimálisnál magasabbnak ítélte az ápolók számát. Huszonheten (8%) úgy gondolták, nem tudják a kérdést megítélni. A hazai ápolóképzés színvonalát – európai összehasonlításban – a kérdőív kitöltői közepesnek ítélték. Az alkalmazott 5-fokú Likert skálán ugyanis átlagban 3,00 értéket jelöltek be, 0,94-es szórásérték mellett. Az ápoló hivatást 123 fő (a teljes minta kb. 37%-a) „nőies szakmának” ítélte. Kilencven fő (a teljes minta kb. 27%-a) ezzel nem értett egyet, s 116 fő (a teljes minta kb. 35%-a) nem tudott állást foglalni a kérdésben. A különböző szintű végzettséggel elérhe-

7. ábra: A válaszadó középiskolások szerint az ápolói hivatás elismertségének és megbecsültségének mértéke (N=329)



tő bérek alakulását illetően a kérdőív kitöltői a következők szerint vélekedtek: az OKJ-s végzettséggel átlagosan kerekítve mintegy 118. 400 Ft, míg a BSc-s végzettséggel 142.150 Ft, az MSc-s végzettséggel pedig 174.350 Ft havi nettó jövedelemhez lehet jutni.

Az ápolók felelősségét a vizsgálati személyek igen nagyra ítélték. 5-fokú Likert skálán átlagban 4,48-as érték került bejelölésre, a szórás pedig 0,84 volt. A megkérdezett személyek felelősséggel járó munkakörökhöz való viszonyában az óvatosság tükröződött, hiszen 19 fő (6%) abszolút tart tőle, 161 fő (49%) kicsit tart tőle. Hetvenöt fő (23%) érezte úgy, hogy egyáltalán nem tart tőle, 28 fő (8%) jobban szereti, ha felelőség van rajta, s 46 fő (14%) kifejezetten inspirálónak találja az ilyen helyzeteket.

Következtetések

Kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk korcsoportos bontásban az életkor, illetve a tankötelettség képzési folyamatát hogy, hogyan alakul a tanulók pályaaorientációs attitűdje. A vizsgálatba olyan képzőintézményeket, illetve tanulókat vontunk be, akik (amelyek) egészségügyi szakképzésben érintettek. Célunk volt megérteni és feltárni a szakmai utánpótlás problémakörének okait, a motivációkat és ellentmondásokat, amelyek a jelenlegi magyarországi középiskolás generációt érintik. A kutatás első hipotézisében azt feltételeztük, hogy az egészségügyi (szak) dolgozó jelenléte a családban szignifikánsan befolyásolja az egészségügyi pályaválasztást. Ez a feltevésünk elvetődött. A kapott eredmé-

nyekből arra következtettünk, hogy nem befolyásolja jelentősen a tanulót az, hogyha a családban van egészségügyi területen dolgozó családtag. Sokkal inkább dominál az, ha olyan attitűdbeli jellemzőkkel rendelkezik a személy, mint empátia, segítősándék, együttérzés másokkal. Úgy gondoljuk, ezek a személyiségbeli jellemzők nem tanulhatók, hanem az emberrel együtt születnek. A válaszadók csupán 10%-a érezte úgy, hogy a családi vonal dominánsan befolyásolta a pályaválasztásában, ugyanakkor a másik kérdésben pedig kiderült, hogy az vizsgálati helyeken tanuló válaszadók többségénél kézzel fogható módon megjelenik az egészségügyi családi háttér, azaz mégiscsak befolyásolja a pálya felé történő viszonyulást, ha nem is direkt módon érzik ők ezt. Szentgyörgyi Mártának megjelent egy cikke a Nővér újságban 2000-ben, ahol leírta azt, hogy már egész kiskorában tudta azt, hogy ápolónő szeretne lenni, mert vonzotta az embereken való segíteni akarás tudata. „Milyen értékes, becsülendő hivatás, milyen ragyogó, nemes küldetés”. Szentgyörgyi Márta kutatási eredményei is rávilágítottak arra, hogy az ápolók többségét (90%) az „emberek szeretete, segíteni akarás, gyengébbek felkarolása, egy pozitív kórházi élmény” indította el a pályán. A kapott eredményeinkből következtetve nem a családtag (egészségügyi területen dolgozó) indítja el a tanulót az egészségügyi pályán, hanem egyfajta belső indíttatás, amit érez. Tóth Tímea egyik 2009-es kutatási eredményeiből kiderült (Tóth, 2009), hogy, aki segítő szakmát választ a legelső értékprioritás az az altruizmus. Később viszont a pályán való maradást több belső és külső faktor határozza meg. A kutatási hipotéziseinket vizsgálva, olyan eredményeket is kaptunk, ahol a tanuló elszánt volt az ápolói pályát illetően, de a rossz, negatív területi gyakorlat tapasztalatai alapján ez negatív irányba megváltozott (14%). A további hipotézisvizsgálat során olyan eredményt kaptunk, ahol a kitöltők 26%-a (86 fő) gondolta úgy, hogy az ápolói hivatás egyáltalán nincs elismerve és megbecsülve Magyarországon. Mindössze 4% (14 fő) gondolta úgy, hogy kifejezetten elismert a szakma. A kapott eredményekből arra következtettünk, hogy azért nincs nagyobb százalékban megbecsülve, mert párhuzamot állítanak az alacsony fizetésekkel, a túlterheltséggel és azzal, hogy a végzettség sem ad lehetőséget (rossz esetben) a végzett feladatok elkülönítésére. Piczil Márta és Pikó Bettina egyik kutatásában olvasható az, hogy az ápolók az anyagi és morális megbecsülés hiányában, mégis magas fokú elvárások mellett végzik lelkiismeretes módon, napról napra terhelt munkájukat. A kutatási eredményekből az is leszűrhető, hogy valaki azért sem választja az ápolói hivatást, mert úgy érzi, hogy nincs megfizetve, nincs megbecsülve és kevés pénzért rengeteget szükséges

dolgozni. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium munkacsoportja 2004-ben készített egy felmérést és a kapott eredmények azt mutatták itt is, hogy a társadalom igen alacsonyra értékeli az ápolói pályát. Viszont a munkacsoport szerint az egészségügyi dolgozók megítélése azért negatív társadalmi szempontból, mert az ellátás hiányos (vagy késik), illetve a média hamisan tükrözi a reális álláspontokat. Ez a gondolat Újváriné Siket Adrienn egyik 2010-es kutatásában is megjelent. A kutatási eredményeinkből és az olvasott szakirodalmak, források alapján arra következtetünk, hogyha lehetőség lenne arra, hogy az ápolói hivatást gyakorlók magasabb fizetésben részesüljenek, akkor az ápolók sem lennének annyira túlterheltek, ennyire fáradtak és hosszútávon a burn-out sem lenne fenyegető faktor. Egy külföldi cikket olvasva 2013-ból (Aloulou, Damak, Masmoudi, Sidhom és Amami), 142 tunéziai ápolót vontak be egy kutatásba, hogy mennyire van jelen náluk a kiégés jelei, milyen mértékben. Sajnos a válaszadók több mint 2/3-a (69%) kiégett. A magasabb fizetés biztosan (valamilyen mértékben) meggátolná ezt a jelenséget is. Ez azt vonná maga

után, hogy nem lenne fásultság, türelmetlenség, elkedvetlenedés (ahogyan több kitöltőtől is ezt a választ kaptuk), hanem a területi gyakorlatra érkezőket is örömmel és mosollyal fogadnák. Amiből az következik, hogy a tanuló is azt érezheti, hogy itt nagyon szívesen fogadják, érzi, hogy szükség van rá, és olyan pozitív tapasztalatokat fog szerezni, ami lehetőséget sem ad arra, hogy megforduljon az a fejében, hogy nem megy ápolói pályára. Továbbá a külföldre való orientálódás mértéke is lecsökkenne, ami arra adna lehetőséget, hogy itt Magyarországon megnövekedjen az ápolói hivatást végzők száma, így lecsökkenne a munkaerőhiány mértéke is. Több fiatal maradna itthon. Amiből az következik, hogy megint csak lecsökkenne a túlterheltség mértéke, hiszen lenne elegendő létszámú munkaerő a jövőt illetően is. Összefoglalva, ha jelen országunkban magasabb fizetésben részesüljenek az ápolók, akkor lecsökkenne a külföldre orientálódás mértéke, valamint nem lenne magas százalékban kimutatható a burn-out szindróma tünetei sem. A pálya biztosan még vonzóbb lenne és a társadalmi megbecsültsége is magasabb lenne.

Irodalomjegyzék

- Aloulou, J., Damak, R., Masmoudi, F., Sidhom, O., & Amami, O. (2013). Burn out in health care providers: a Tunisian study about 142 nurses. *Tunis Med*, 91(1), 44-49.
- Erdősi, E., Tulkán, I., Papp, L., Nagy, E., & Helembai, K. (2009). Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői. *Nővér*, 22(2), 3-4.
- Helembai, K. (2010). Általános ápoláslelektan. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kamalo, A., Ahmadi, A., Labbaf, A., Hesari, E., Valadkhani, S., Zebardast, J., & Arbabi, M. (2017). Why Do Emergency Medicine Residents Experience Burn Out? A qualitative study. *Iran J Psychiatry*, 12(3), 214-218.
- Papp, K., & Újváriné, S. A. (2015). Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Retrieved from https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_apolas_magyar/index.html
- Piczil, M., & Pikó, B. (2009). Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme. Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged. Retrieved from http://www.edu.u-szeged.hu/phd/downloads/piczil_tezis_hu.pdf
- Piczil, M., & Pikó, B. (2012). Az ápolás mint hivatás. Szeged: Jate Press.
- Szentgyörgyi, M. (2000). Az ápolói hivatásról. *Nővér*, 13(6), 19-20.
- Tóth, T. (2009). Szolidaritás vagy önérvényesítés? Paramedikális hivatást választott fiatalok értékprioritásai. *Nővér*, 22(3), 17-25.
- Újváriné, S. A. (2010). Pályaválasztás és elvándorlás; Ápoló hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerő-piacon. Pécsi Tudományegyetem Doktori Iskola, Pécs. Retrieved from http://tsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/UjvarineSiketAdrienn_hun.pdf

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a **Nővér szakfolyóirat 2018. évi lapszámaiban is megtalálhatóak lesznek a továbbképző cikkek**. Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a Nővér 31. évfolyam mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2018. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

EREDETI KÖZLEMÉNY

Reliability and Validity of the Turkish Version of the Brief Scales for Coping Profile in Textile Workers

Ozlem Koseoglu ORNEK PhD, Guler Yavuz TEMEL PhD

SUMMARY

The aim of this study is to adapt the BSCP (Brief Scales for Coping Profile) scale to Turkish and to investigate its psychometric properties among textile workers.

Methods: This a psychometric study with cross-sectional design. After translation procedures, the BSCP was administered to workers. Content validity of the BSCP was investigated with the CVI index and reliability was investigated with Cronbach's Alpha. The construct validity was investigated with exploratory and confirmatory factor analysis.

Results: The psychometric properties of the original BSCP were supported by the Turkish version of the BSCP. According to the exploratory factor analysis, the BSCP had six subscales. The reliability of the BSCP subscales' values were 0.692, 0.712, 0.661, 0.756, 0.786, and 0.777 respectively.

Conclusion: The Turkish version of the BSCP showed acceptable reliability and validity which is the first adapted scale in Turkey for evaluating workers' coping profiles. The scale will be a good option to provide basic data about workers' coping profiles which may be used for prolonging stress management skills and health promotion programs by occupational health and psychiatric nurses, physicians, psychologist and safety experts.

Keywords: BSCP scale, coping profiles, work related stress, reliability, textile workers

A Brief Scales for Coping Profile mérőeszköz török nyelvű változatának reliabilitása és validitása textilipari dolgozók körében

Ozlem Koseoglu ORNEK PhD, Guler Yavuz TEMEL PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: adaptálni a BSCP (Brief Scales for Coping Profile) skálát török nyelvre és megvizsgálni a pszichometriai jellemzőket a textilipari dolgozók körében.

Anyag és módszer: A pszichometriai elemzés keresztmetszeti vizsgálatként valósult meg. A kérdőív fordítását, nyelvi adaptálását követően a BSCP a dolgozók körében terjesztésre került. A BSCP szakmai validitás mérése CVI (Content Validity Index) meghatározásával történt, míg a reliabilitás vizsgálat a Cronbach-alfa mutatóval. A mérőeszköz validitásának vizsgálata feltáró és megerősítő faktoranalízissel valósult meg.

Eredmények: A pszichometriai jellemzői az eredeti BSCP-nek megegyeztek a török verzióval.

A feltáró faktoranalízis meghatározása alapján a BSCP-nek 6 alskálája van. A BSCP alskáláinak reliabilitás értéke 0.692, 0.712, 0.661, 0.756, 0.786, illetve 0.777 volt.

Következtetések: A törökre fordított verziója a BSCP-nek megfelelő reliabilitását (megbízhatóságot) és validitást (érvényességet) mutatott, amely így az első adaptált mérőeszköz Törökországban a textilipari dolgozók coping profiljának méréshez. A skála jó lehetőséget kínál a munkavállalók megküzdési készségének felméréséhez, mely adatok használhatóak a foglalkozás-egészségügyi, munkavédelmi és pszichiátriai területeken dolgozó szakemberek által megvalósuló stressz menedzsment tréningeknél és egészségfejlesztő programoknál.

Kulcsszavak: BSCP skála, coping profilok, munkahelyi stressz, reliabilitás, textilipari munkás

Ozlem Koseoglu ORNEK,
PhD, RN, PhD, Assistant Prof.,
Department of Nursing, Faculty
of Health Sciences, Istanbul
Bilgi University

Guler Yavuz TEMEL,
PhD, Assistant Prof.
Educational Measurement and
Evaluations, Department of
Educational Sciences, Adiyaman
University

Levelező szerző

(correspondent):

Ozlem Koseoglu ORNEK;

E-mail:

ozlem.koseoglu@bilgi.edu.tr,

ozlem.koseoglu62@gmail.com

Beérkezett: 2018. január 8.

Elfogadva: 2018. március 12.

Introduction

In Turkey, there are 30,855,000 employees according to recent official data. Labour force participation rate is almost 52%. Among the working sector, textile and clothing is the most popular field after

the automotive sector (TurkStat, 2017). Turkey was within the first 15 textile-exporting countries in 2012 after Taiwan (ILO, 2014). It is very clear that there are many risk factors such as job stress at the workplace which have a strong influence on workers' health but no national comprehensive research has

been conducted yet. However, it is still possible to estimate the outcomes of job stress according to data in the United Kingdom and Japan. In 2015/2016, job stress caused 45% days of lost work and 37% work related health problems in Great Britain (Health and Executive, 2016). More than 60% of workers in Japan have anxiety and more than half of Japanese workers were found to be on leave due to mental health (Tomotsune et al., 2009).

Coping strategies are key factors for dealing with and controlling work related stress. These can be classified as problem-focused and emotional-focused coping strategies. Each classification of the strategies has different ways of cognitive procedure, behaviours and outcomes (Nakagawa et al., 2014). Problem-focused coping forthrightly address stressors while emotional-focused profiles alleviate stress responses instead of assaying to resolve job stressors (Takeda & Watanabe, 2017). Socio-economic conditions, demographic characteristics, social support, culture, experience, knowledge and skills, workload, working hours, role uncertainty, job insecurity, and social power have important effects on workers' job stress and coping profiles (Cortina & Wasti, 2005; Inoue, Kawakami, Eguchi, & Tsutsumi, 2016). Coping profiles of workers can be related to healthy life behaviour, perceived stress level, mental health problems and the success of controlling stress. In the study of Doron, Trouillet, Maneveau, Neveu, and Ninot, 2014; high copers and avoidant copers showed higher level of perceived stress and unhealthy behaviour while adaptive copers were found to have less stress and more healthy behaviour (Doron, Trouillet, Maneveau, Neveu, & Ninot, 2015). Workers that have dinner late in night had a significant correlation with perceived stress, and the ones who reported perceived stress had "emotional expression involving others" coping profile (Suzuki, Sakurazawa, Fujita, & Akamatsu, 2016). Avoidance and suppression coping profile was found to be correlated with depression, somatic symptoms, negative thoughts among persons who had irritable bowel syndrome (Sugawara et al., 2017), and low back pain with nurses was found to be associated with the "changing point of view" profile (Takeda & Watanabe, 2017).

People spend much of their life time at work. Working conditions and environments have strong influences on job stress. In that regard, it is vital to know how workers cope with stressors. Therefore, basic data about the coping profiles of workers are needed to plan intervention programs at the work place for improving effective coping strategies. Also, this data is essential for the development of valid and reliable measurements. Generally, there are variety

scales or questionnaires that measure coping strategies which are used internationally but seldom in Turkey. For example, the ways of coping questionnaire, COPE inventory, the coping flexibility scale, the perceived ability to cope with trauma (Cheng, Lau, & Chan, 2014) and Coping with Harassment Questionnaire (Cortina & Wasti, 2005) have been used abroad. The Brief COPE scale also has been used widely in research to assess coping strategies which contains 28 items and 14 two-item subscales (Butler et al., 2016; Doron et al., 2015; Gambetta-Tessini, Marino, Morgan, & Anderson, 2016; Tabala, Wrzesińska, Stecz, & Kocur, 2016). Among coping measurements, the Coping style scale has been used in Turkey which was derived from Lazarus and Folkman's Ways of Coping Inventory. However, the main purpose of the scale was assessing students' profiles but it also has been used with a variety of members of the community except workers. It contains 30 items and 5 subscales (Duygun & Nilhan, 2013; Ekinçi, Altun, & Can, 2013; Engin & Yılmaz, 2016; Sahin & Durak, 1995; Selçuk et al., 2016; Tumkaya, 2016; Yılmaz & Beji, 2010). Among the coping profiles' measurements, The Brief Stress Coping Profile (BSCP) scale was developed with the purpose of measuring coping profiles of workers. It has been used widely internationally in many different studies (Kaneko & Momino, 2015; Suzuki et al., 2016; Takeda & Watanabe, 2017; Tomotsune et al., 2009; Yamagishi et al., 2007). The BSCP consist of 18 items and corresponds to various coping profiles (Kageyama, Kobayashi, Toshio Kawashima, & Kanamaru, 2004).

Due to the lack of a well-established short recent coping profile scale in Turkey, the study investigated the reliability and validity of the Turkish version of the BSCP in the textile factory workers.

Methods

Procedures and Participants

The population group of the study consisted of 553 textile workers from three textile factories in Istanbul, Turkey. The scale was conducted in the factories by a researcher in February 2016. Initial recruitment targeted all workers who were older than 18 years, had no diagnosed psychological or psychiatric diseases and who were literate. However, only 540 workers fully completed the questionnaire because 2 workers declined to participate, 3 of them had a diagnosed psychological health problem, 3 workers submitted incomplete questionnaires, 3 workers were illiterate and 2 workers were on sick leave on the days that the data was collected. The

final sample included 294 (54.4%) males and 246 (45.6%) females. The mean age of the participants was 33.34±10.22 years. Almost 79% of them graduated from elementary school and 19% of them graduated from high school. Over 67% of them expressed their economic condition as “good” and 25.6% of them expressed it as “bad”. The average of daily working hours was 11.46±1.36.

Ethical Consideration: The Ethics Committee of Istanbul Medipol University approved the study procedure (approval no: 10840098-299).

Instrument

The Brief Stress Coping Profile

The BSCP consisted of 18 items rated on a 4-point scale (often, sometimes, seldom, or never). It is a self-rating scale for assessing workers' coping profile. It was developed by Kageyama, Kobayashi, Kawashima, and Kanamaru, (2004) (Kageyama et al., 2004). It has 6 subscale which are; “Active solution (the item 1,2,3)”, “Seeking help for solution (the item 4,5,6)”, “Changing mood (the item 7,8,9)”, “Changing a point of view (the item 10,11,12)”, “Emotional expression involving others (the item 13,14,15)” and “Avoidance and suppression (the item 16,17,18)”.

Appendix 1: Kısa Baş Etme Yöntemleri Ölçeği

Sıkıntılı veya zor bir sorunla karşılaştığınız durumda, o sorunla baş etmek için genelde ne yaparsınız? Aşağıda belirtilen yöntemleri okuduktan sonra karşılarında verilen sıklıklardan size uygun olanı çarpı (X) koyarak işaretleyiniz, lütfen

Sıkıntılı ve zor bir durumla karşılaştığımda:	Hiç(1)	Nadiren(2)	Bazen(3)	Sık sık(4)
Sorunun nedenlerini inceleyerek çözmeye çalışırım.				
Yaşadığım sorunun geçmişteki sorunlarla bir ilişkisi olup olmadığına bakarım.				
Sakin bir şekilde düşünürüm.				
Güvenebileceğim birine danışırım.				
Soruna dahil olan insanlarla konuşarak sorunu çözmeye çalışırım				
Sorunu çok yakından bilen birine danışırım.				
Hoşlandığım ve eğlendiğim şeyleri yaparak dikkatimi/kafamı dağıtmaya çalışırım.				
Beni sakinleştirecek, rahatlatacak şeyleri yapmaya çalışırım				
Kendimi yenilememi ve dinlenmemi sağlayacak aktiviteler yapmaya çalışırım (örneğin seyahat yapmak ya da dışarı çıkıp hava almak gibi)				
İyimser olmaya çalışırım				
Olayın pozitif tarafını görmeye çalışırım				
Yaşadığım sorunun benim için iyi bir deneyim olduğunu düşünmeye çalışırım.				
Bu sorunun arkasında/nedenin birisinin olduğunu düşünürüm				
Sorunun yaşandığı/sorunu yaşadığım kişiyi suçlarım				
Sorunla ilişkisi olmayan birine içimi dökerim.				
Sorunu görmezden gelirim				
Hiçbir şey yapmadan sorunu zamana bırakırım, bir gün değişecek diye düşünürüm.				
Soruna tahammül etmekten ve dayanmaktan başka hiçbir şey yapmam.				

Each of these subscales has 3 items and has a score range of 3-12 points. If a respondent shows a high score for a subscale, this means he/she frequently chooses that kind of coping method (Tomotsune et al., 2009). The Cronbach's alpha coefficients in the original BSCP scale ranged from 0.64 to 0.77 (0.71 for Active solution, 0.69 for Seeking help for solution, 0.77 for Changing mood, 0.71 for Changing a point of view, 0.64 for Emotional expression involving others, 0.72 for Avoidance and suppression). A principal axis factor analysis yielded a six-factor structure (Kageyama et al., 2004).

Translation Procedure

The BSCP was first translated from English into Turkish by a bilingual language expert and an occupational health professional. Then, the scale was translated back into English by two translators (medical physician and psychologist consultant). The English, Turkish and “back-translated” versions were discussed by an expert panel on occupational health. The preliminary version of the Turkish BSCP scale (**Appendix 1**) was formed after this discussion and comparison of the versions. In a pilot study, the textile workers (N: 25) found this version to be understandable, meaningful and relevant.

Statistical Analyses

This study aimed to investigate the psychometric properties of the BSCP. First of all, translation of the scale was completed. Then, validity and reliability of the scale was investigated. Content validity index was used for evaluation of the BSCP's validity. Construct validity of the BSCP was investigated with exploratory and confirmatory factor analysis. Reliability of the BSCP was computed with Cronbach's Alpha which determines the internal consistency of the items.

Content Validity Procedures

Content validity was conducted to assess the clarity, correlation and comprehensiveness of the developed Turkish version of the BSCP. The content validity index (CVI) used was developed by Waltz and Bausell in 1983 (Waltz & Bausell, 1983). The content validity was assessed by an expert panel of 6 academics, with three from the field of public health nursing, one from psychiatric nursing, one from public health (physician) and one from the psychology field. The panellists rated the relevance and feasibility of each item on a scale from 1 (least relevant) to 4 (highly relevant). The CVI scale was calculated by dividing the number of each item rated either 3 (relevant but needing minor revision) or 4 (very relevant) by the total numbers of items. It is indicated by many researchers that a CVI scale of 0.80 score or higher is acceptable for confirming expert validity (Polit & Beck, 2006).

Results

The results of validity and reliability of the BSCP is given below.

Content Validity

Content validity was analysed with the CVI index. In the present study, the CVI was computed to be

0.88. Construct validity of BSCP was investigated with exploratory and confirmatory factor analysis and reliability of the scale was computed with Cronbach's Alpha. Factor structure of the BSCP was determined with exploratory factor analysis. The scale was administered to 540 people. Exploratory factor analysis was examined with 180 of them and Confirmatory factor analysis was examined with 360 of them.

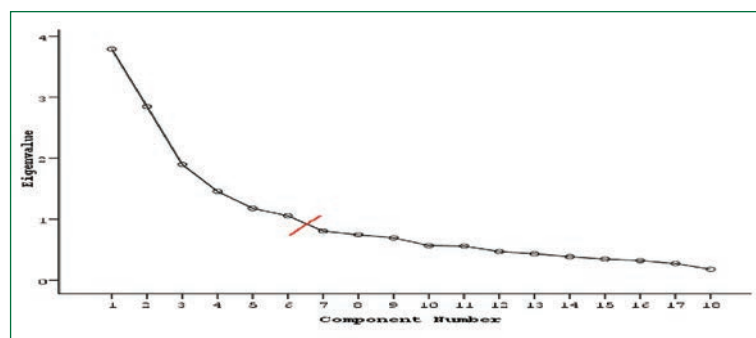
Construct Validity

Exploratory Factor Analysis

First of all, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value and Bartlett's Test was investigated. According to the results, the KMO index was 0.703 and the Bartlett Test's value was smaller than 0.05 ($p=0.000$). For accepting the sample adequacy, KMO and the Bartlett's test played an important role. Because the index of KMO was over 0.06 and the Bartlett's Test of Sphericity was less than 0.05, the sampling adequacy was accepted as suitable for factor analysis (Kaiser, 1974). The number of significant factors was investigated with the table of the Total Variance Explained. The six factors have eigenvalues greater than 1.0 (which is a common criterion for a factor to be useful). For determining the number of the factors, one of the important criteria is the scree plot (Cattell, 1966) which shows the eigenvalues on the y-axis and the number of factors on the x-axis. It always displays a downward curve. The point where the slope of the curve is clearly levelling off (the "elbow") indicates the number of factors that should be generated by the analysis. According to the scree plot the last big drop occurred between sixth and seventh components, so six components were chosen (see figure 1).

The table of component matrix shows the factor loadings for each variable and the loadings (extracted values of each item under 6 variables) of the eighteen variables on the six factors extracted (see table I).

Figure 1: Scree Plot of the Turkish Version BSCP



Confirmatory Factor Analysis

According to the results of the exploratory factor analysis, the BSCP had six factors and the results were similar with the original scale. In addition to this, the factor structure of the scale was also investigated with confirmatory factor analysis (CFA). The model which consisted of six factors provided a good

Table I. Table of Component Matrix of the Turkish Version BSCP

Items	Components					
	1	2	3	4	5	6
Item 14 I blame the person who arising the problem / I had a problem with.	,853					
Item 13 I think that there is someone else behind this problem/matter.	,822					
Item 15 I talk to a person who has no relation with the problem.	,740					
Item 11 I try to see positive sides of the matter.		,856				
Item 12 I try to think that this problem is a good experience for me.		,787				
Item 10 I try to be optimistic.		,683				
Item 17 I do nothing and let time go, I think that it will change one day.			,868			
Item 16 I ignore the problem.			,798			
Item 18 I do nothing aside from to tolerate and resist to the problem.			,787			
Item 4 I take advise from one of my friends that I trust.				,816		
Item 5 I try to solve the problem with talk to people who have interest in the problem.				,769		
Item 6 I take advise from a person who had information about the problem.				,543		
Item 2 I try to find if there has got a relationship between the problem and my past or not.					,830	
Item 1 I try to solve the problem by analyzing reasons.					,750	
Item 3 I think calmly.					,643	
Item 9 I try to do activities whşch will help me to refresh and rest myself (for example, to travel or to take air, etc)						,792
Item 8 I try to do activities which will calm me down and help me.						,717
Item 7 I try to abstract my attention with my hobbies and entertainment.						,671

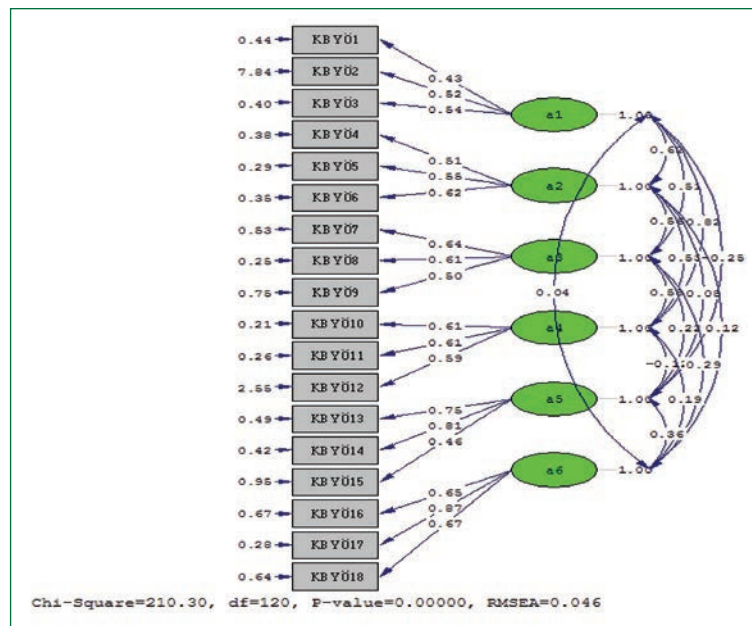
Table II. Confirmatory Factor Analysis, FIT Indices Results of the Turkish Version BSCP

n	Chi-square (df)	χ^2/df	CFI	NFI	NNFI	IFI	GFI	RMSEA
360	210.30 (120)	1.753	0.96	0.92	0.95	0.96	0.94	0.046

model fit. The CFA fit indices of the model are given in **Table II** and the path diagram of the model is given in the **Figure 2**.

First of all, fit indices were examined to evaluate the overall fit. The chi-square goodness-of-fit statistic was statistically significant but the chi-square statistic is sensitive to the sample size, so it is rarely used as a sole index of the model fit. An adjunct discrepancy-based fit index is the ratio of chi-square to degrees of freedom (χ^2/df). If that ratio is in the range of 2 to 3, it is indicative of an acceptable fit between the hypothesized model and the sample data (Tabachnick & Fidell, 2007). According to Table 2, this value was computed as 1.753 and the model demonstrated an acceptable fit. In addition

to these, several indices of fit (CFI (0.96), NFI (0.92), NNFI (0.95), IFI (0.96), GFI (0.94)) were examined. All these incremental indices are scaled from 0 (no fit) to 1 (perfect fit). Researchers (Kline, 2005; Tabachnick & Fidell, 2007) advise that values close to 0.95 are indicative of a good fit. According to the results of the study, all indices were close to 0.95. Finally, the root mean square error of approximation (RMSEA) is a population discrepancy function that compensates for the effects of the model's complexity. The closer the RMSEA coefficient is to 0, the better the fit of the model. The RMSEA value of .05 or less indicates a close fit of the model in relation to the degrees of freedom, whereas a value of .08 or less indicates a reasonable error of approximation. In this

Figure 2: Path Diagram of the Model of the Turkish Version BSCP

study RMSEA was computed as 0.046. According to all these results, the model which had six factors, demonstrated a good fit.

Reliability (Internal Consistency)

The reliability of the BSCP' factors was determined with the Cronbach Alpha coefficient. Such as, the reliability of the "Active solution" factor was computed as 0.692, the reliability for the "Seeking help for solution (the item 4,5,6)" factor was 0.712, for the "Changing mood" was 0.661, for the "Changing a point of view" was 0.756, for the "Emotional expression involving others" was 0.786 and "Avoidance and suppression" was 0.777.

Discussion

The present study investigated the validity and reliability of the Turkish version of the BSCP for assessing stress coping profiles in textile workers. The BSCP, originally developed for Japanese workers, is documented to assess coping profiles and consists of 6 different subscales covering a broad domain of coping strategies of workers' job stress experiences. The six subscales can be used separately. It does not have a total score (Kageyama et al., 2004). It is short and easy to implement at work.

Validity

The CVI score (0.88) indicated that the BSCP had good content validity. The KMO index and

Bartlett's test results shows that the sampling adequacy was accepted as suitable for factor analysis. According to the results of the total variance explanation and scree plot, the Turkish version of the BSCP has six factors too and the present results of this study were supported by the original BSCP (Kageyama et al., 2004). The six subscales explained 67.8% of variance. The Exploratory factor analysis (EFA) found that the item factor loadings ranged from .54 to .86. However, the item factor loading in the original development of the BSCP was between .49 and .84 (Kageyama et al., 2004). After the EFA evaluation in the present study, Confirmatory Factory Analysis (CFA) was conducted

for assessing the scale. The CFA indicated that the Turkish BSCP had a good fit index (Harrington, 2009).

Reliability

The reliability analysis in this study indicated an acceptable internal reliability of the BSCP scale, as Cronbach Alpha scores of all six subscales were over 0.66. The internal consistency of the original study, the Cronbach Alpha scores for each sub-scale was as follows: Active solution=0.71, Seeking help for solution= 0.69, Changing mood= 0.77, Changing a point of view=0.71, Emotional expression involving others=0.64 and Avoidance and suppression=0.72. The Cronbach Alpha score indicated that the reliability of the Turkish version of the BSCP had an acceptable index (Tavakol & Dennick, 2011). Compared to findings in the original Japanese version of the BSCP, four subscales showed better reliability in the present study. Tomutsune et al, (2009) used the BSCP scale for assessing employees in educational and scientific institutions in Japan. Active solution($r=0.86$), Seeking help for solution($r=0.80$) and Changing mood($r=0.78$) subscales had higher Cronbach Alpha's scores when compared to the present and the original BSCP studies (Tomotsune et al., 2009). However, "Changing a point of view", "emotional expression involving others" and "avoidance and suppression" subscales internal consistency in the present study was better than both studies above in Japan.

Conclusion and Recommendations

The current study translated and assessed an internationally recognized brief measurement tool for stress coping profiles of workers, the BSCP, into Turkish. The results showed that the scale has acceptable validity and reliability. The Turkish version of the BSCP is the first adapted scale in Turkey for evaluating workers' coping strategies. The scale will be a good option to provide basic data about workers' coping profiles which may be used for prolonging stress management skills and health promotion programs by occupational health and psychiatric nurses, physicians, psychologist and safety experts. It is short and easy to conduct at the workplace. The sample of the study does not represent all the workers in Turkey. Therefore, the results should not be generalized to all workers in

Turkey. In addition, further testing of the Turkish version of the BSCP with different sector's workers and socioeconomic class is recommended.

Conflict of interest

There is no conflict of interest in this study.

Acknowledgments

We express our gratitude to the workers who participated in this study and who supported the research at the workplace. This study was supported by the Scientific Research Fund of Istanbul University (Project No: 50902). The text was edited for English by native English speaker who is also English teacher.

İrodalomjegyzék

- Butler, J. M., Hirshberg, E. L., Hopkins, R. O., Wilson, E. L., Orme, J. F., Beesley, S. J., ... Brown, S. M. (2016). Preliminary Identification of Coping Profiles Relevant to Surrogate Decision Making in the ICU. *PloS One*, 11(11), e0166542.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245–276.
- Cheng, C., Lau, H.-P. B., & Chan, M.-P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 1582.
- Cortina, L. M., & Wasti, S. A. (2005). Profiles in coping: responses to sexual harassment across persons, organizations, and cultures. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 182.
- Doron, J., Trouillet, R., Maneveau, A., Neveu, D., & Ninot, G. (2015). Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: a cluster analysis approach. *Health Promotion International*, 30(1), 88–100.
- Duygun, T., & Nilhan, S. (2013). Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 4(2), 67–74.
- Ekinci, M., Altun, Ö. Ş., & Can, G. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Atılabilirlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Examination of The Coping Style With Stress and The Assertiveness of The Nursing Students in Terms of Some Variables). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 67–74.
- Engin, D., & Yılmaz, E. (2016). Üniversite öğrencilerinde duygusal zeka ve stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (An Investigation of the relationship between emotional and coping with stress styles of the University students). *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(25), 17–26.
- Gambetta-Tessini, K., Marino, R., Morgan, M., & Anderson, V. (2016). Coping strategies and the Salutogenic Model in future oral health professionals. *BMC Medical Education*, 16(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0740-z>
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. New York: Oxford University press. <https://doi.org/10.1093/>
- Health and Executive. (2016). Work related stress, anxiety and depression statistics in the Great Britain 2016. Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/stress.pdf>
- ILO. (2014). Wages and working hours in the textiles, clothing, leather and footwear industries. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/publication/wcms_300463.pdf
- Inoue, A., Kawakami, N., Eguchi, H., & Tsutsumi, A. (2016). Buffering effect of workplace social capital on the association of job insecurity with psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*, 58(5), 460–469.
- Kageyama, T., Kobayashi, Toshio, Kawashima, M., & Kanamaru, Y. (2004). Development of the Brief Scales for Coping Profile (BSCP) for workers: basic information about its reliability and validity. *Sangyo Eiseigaku Zasshi=Journal of Occupational Health*, 46(4), 103–114.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36.
- Kaneko, S., & Momino, K. (2015). Stress Factors and Coping Behaviors in Nursing Students during Fundamental Clinical Training in Japan. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2(138).
- Kline, R. e. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Nakagawa, Y., Inoue, A., Kawakami, N., Tsuno, K., Tomioka, K., Nakanishi, M., ... Hiro, H. (2014). Effect modification by coping strategies on the association of organizational justice with psychological distress in Japanese workers. *Journal of Occupational Health*, 56(2), 111–123.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Sahin, N. H., & Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma

- tarzlari ölçęgi: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56–73.
21. Selçuk, E. B., Selçuk, Ş. Z., Tetik, B., Kayhan, D., Özcan, Ö. Ö., & Karataş, M. (2016). Zihinsel Engelli Çocuęu Olan Annelerin Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Becerileri ve İlişkili Deęişkenlerin Belirlenmesi (Evaluating Anxiety and Stress Coping Skills and Related Variables of Mothers with Mentally Retarded Children). *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 23(1), 1–5.
 22. Sugawara, N., Sato, K., Takahashi, I., Satake, R., Fukuda, S., Nakaji, S., ... Norio. (2017). Depressive Symptoms and Coping Behaviors among Individuals with Irritable Bowel Syndrome in Japan. *Internal Medicine*, 56(5), 493–498.
 23. Suzuki, A., Sakurazawa, H., Fujita, T., & Akamatsu, R. (2016). Overeating, late dinner, and perceived stress in Japanese workers. *Obesity Research & Clinical Practice*, 10(4), 390–398.
 24. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston : Allyn and Bacon.
 25. Tabala, K., Wrzesińska, M., Stecz, P., & Kocur, J. (2016). Personality traits, level of anxiety and styles of coping with stress in people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease—a comparative analysis. *Psychiatr. Pol.*, 50(6), 1167–1180.
 26. Takeda, K., & Watanabe, Y. (2017). Recognition of Factors Related to Low Back Pain Promotes Behavior Change among Female Nurses. *Journal of US-China Medical Science*, 14, 8–18.
 27. Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55.
 28. Tomotsune, Y., Sasahara, S., Umeda, T., Hayashi, M., Usami, K., Yoshino, S., ... Matsuzaki, I. (2009). The association of sense of coherence and coping profile with stress among research park city workers in Japan. *Industrial Health*, 47(6), 664–672.
 29. Tumkaya, S. (2016). Öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma davranışları (Burnout Levels and Coping Behaviours of Teachers). *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(11), 26–36.
 30. TurkStat. (2017). Labour force statistics, February 2017(no:24941). Retrieved from <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24941>
 31. Waltz, C. F., & Bausell, B. R. (1983). *Nursing research: Design, statistics and computer analysis* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
 32. Yamagishi, M., Kobayashi, T., Kobayashi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15(6), 603–607. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00739.x>
 33. Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). *Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler* (Levels of coping with stress, depression and prenatal attachment and affecting factors of pregnant women). *Genel Tıp Derg.*, 20(3), 99–108.

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA (MESZK)
ÉS
A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ÁPOLÓK EURÓPAI SZÖVETSÉGE (FOHNEU)

2019. április 24-26-án, Budapesten rendezi meg

WORKFORCE HEALTH = NATIONAL WEALTH

címmel,

a FOHNEU VII. Nemzetközi Kongresszusát.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a www.fohneu2019.hu és www.meszk.hu honlapokon keresztül érhető el.

ESETISMERTETÉS

A kézhigiénés compliance fejlesztésének fontossága a nosocomiális infekciók megelőzésének tükrében

SAJTI Anikó, DR. CSERNUS Mariann PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésének legeredményesebb eszközeként a jó kézhigiénés gyakorlat végzését tartják számon, hiszen a fertőzések terjedésében a szennyezett kéz jelenti a legnagyobb kockázatot. Az infekciókontrollal foglalkozó szakemberek feladata, hogy felhívják az egészségügyi dolgozók figyelmét a helyes kézhigiénés gyakorlatra, illetve segítsék a kézhigiéne öt momentumának elsajátítását.

Az esettanulmányban a szerző bemutatja, hogy az intenzív osztály dolgozóinak körében direkt módszerrel végzett rendszeres kézhigiéniái kontroll vizsgálatokkal, a tapasztalatok folyamatos visszacsatolásával sikerült csökkenteni az előforduló pozitív húgyúti mikrobiológiai minták számát. A további fejlődés érdekében 4 szenzoros, alkoholos kézbedörzsölőszert permetező automatával szerelték fel az osztályt.

A direkt megfigyelés során kapott adatok további elemzésével a szerző célja a szakma számára egy átfogó tanulmány készítése, mely a későbbiekben pozitív példaként szolgálhat a más kórházakban történő compliance-t fejlesztő programok indításához.

Kulcsszavak: intenzív osztály, kézhigiéni, nosocomiális infekció, kézhigiénés compliance, non-invazív eszköz

The importance of the hand hygiene compliance development in the light of prevention of nosocomial infections

Anikó SAJTI, Mariann CSERNUS PhD

SUMMARY

Good hand hygiene is the most effective means of preventing healthcare-associated infections, as contaminated hands are the greatest risk of spreading infections. It is critical that the infection control professionals emphasise the importance of good hand hygiene practices and help the health care professionals on the five steps of hand hygiene.

The author presents in the case study that the numbers of positive urinary microbiological samples were decreased with systematic hand hygiene examination with direct methods and continuous feedback of experiences among the staff of the intensive care unit. For further development four sensory, alcoholic hand scrubbers with spraying automats were fitted by the management of the unit.

Data obtained directly from observation further analysis is our goal a comprehensive study for the profession, which can serve as a positive example later to launch compliance development programs in other hospitals.

Keywords: intensive care unit, hand hygiene, nosocomial infection, hand hygiene compliance, non-invasive tool

SAJTI Anikó
diplomás ápoló, epidemiológiai szakápoló, Uzsoki Utcai Kórház, Kórházhigiénés Csoport

DR. CSERNUS Mariann PhD
egyetemi docens, Budapesti Metropolitan Egyetem

Levelező szerző

(correspondent):

SAJTI Anikó; E-mail cím:
sajtiani23@gmail.com

Beérkezett: 2018. március 18.

Elfogadva: 2018. május 27.

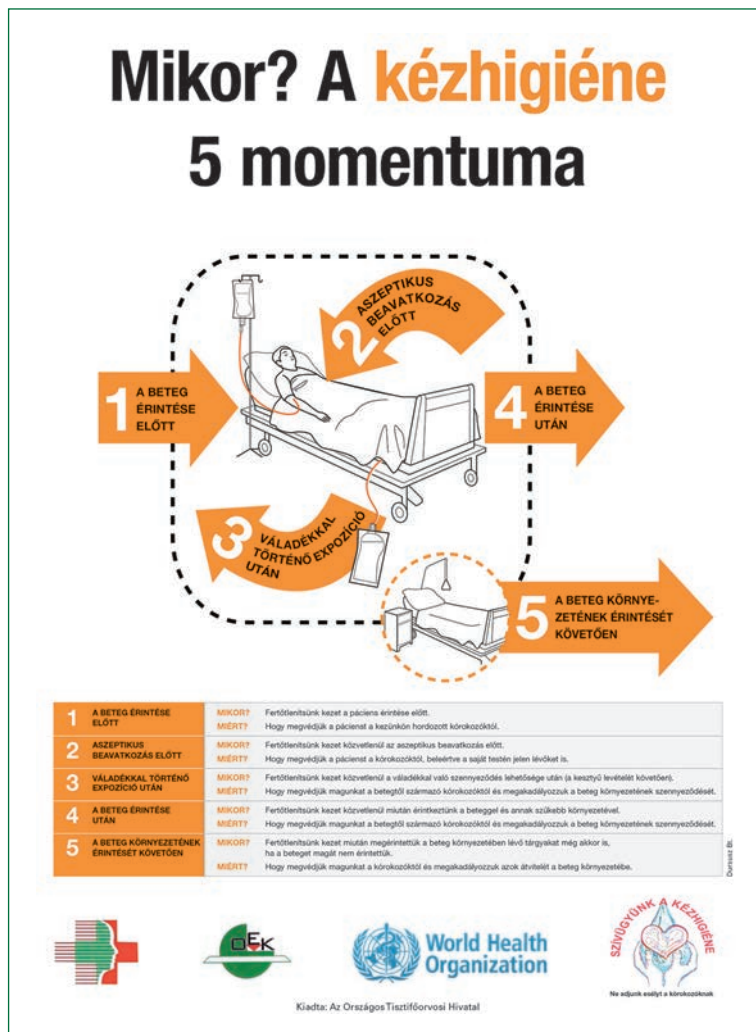
Bevezetés

Azok a kórházak, ahol intenzív betegellátást végeznek, kiemelt területnek számítanak a nosocomiális fertőzések vonatkozásában. Ennek oka, hogy az ellátott betegek súlyos állapotban kerülnek be, illetve az invazív beavatkozások és eszközök (pl. intravasculáris katéter, húgyúti katéter, gépi lélegeztetéshez használt

tubus) alkalmazása gyakori, amelyek a fertőzések kialakulásának kiemelt kockázati tényezői (Országos Epidemiológiai Központ, 2016).

A Nemzeti Nosocomiális Surveillance Rendszer (NNSR) Intenzív terápiás osztályok eszközhasználatlal összefüggő fertőzéseinek moduljába jelentő intenzív osztályok esetében az eszközhasználati arány az osztály típusától és eszköztől függően 40-99%

1. ábra: Kézhygiéne 5 momentuma (Forrás: https://www.antsz.hu/data/cms25644/A_kezhigiene_5_momentuma_20110223.pdf)



közhasználatlal összefüggő fertőzési arányok ismerete (Országos Epidemiológiai Központ, 2007).

Kézhygiénés compliance mérésének módszerei

A kézfertőtlenítés megfelelő elvégzése kiemelkedő fontosságú az infektókontrollban. A világszerte évente több százmillió betegre kiterjedő egészségügyi ellátás során szerzett fertőzések megelőzésének leghatékonyabb módszere a megfelelően elvégzett kézfertőtlenítés. A nem megfelelően vagy el sem végzett kézfertőtlenítés az első között szerepel az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kialakulásának okaként, mely nem csak az infektó kialakulásában, de a multirezisztens kórokozók terjedésével is összefüggésbe hozható. Számos kutatás igazolta, hogy a kézhigiénés compliance növelésével csökkenthető az egészségügyi ellátás során szerzett fertőzések száma (Dasgupta et al., 2015).

A kézhigiénés tevékenységet kétféle módszerrel, direkt és indirekt módon mérhetjük. A direkt módszerek közé soroljuk a megfigyelést, a beteg általi becslést és önellenőrzést. Az indirekt módszerek közé a kézfertőtlenítő szerek

fogyása, illetve a fertőtlenítőszer adagolók használatának megfigyelése sorolható (Böröcz, Kende & Szilágyi, 2002).

Direkt megfigyelési módszer

A megfigyelés kiindulópontja, hogy megfelelően képzett szakemberek végezzék azt. A megfigyelőket ki kell képezni az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) által meghatározott, a kézhigiéne 5 momentuma alapelveire (**1. ábra**) és a megfigyelés során alkalmazandó standardizált megfigyelőlapok kitöltésére. (**2. ábra**)

A direkt megfigyelés alkalmas egyedül az összes kézhigiénés tevékenység követésére. Fontos, hogy a megfigyelt osztály reprezentatív és utánkövethető legyen (Böröcz et al., 2002). A megfigyelés eredményeit befolyásolhatja a Hawthorne hatás (Szilágyi et

között változik (Országos Epidemiológiai Központ, 2007).

Az egészségügyi intézményekben nagy jelentősége van az infektókontrollnak. Ezek közül az egyik legfontosabb, a megfelelő kézhigiéne, mely az egészségüggyel összefüggő fertőzések megelőzésének leghatékonyabb módja (Kézhigiéne lépésről lépésre – a compliance javítása, 2018).

A surveillance tevékenységet is magába foglaló megfelelő infektókontrollal a nosocomialis fertőzések közel 20–30%-a ezeknél a betegeknél is megelőzhető. Aktív surveillance tevékenységgel és célzott beavatkozásokkal csökkenthető az eszközhasználatlal összefüggő fertőzések előfordulása, továbbá csökkenthető a mortalitás. Az intenzív osztályok költséghatékony működéséhez, a megfelelő infektókontroll stratégia kialakításához jól alkalmazható indikátorok az eszközhasználati arányok és az esz-

2. ábra: A direkt megfigyelés során alkalmazandó standardizált megfigyelőlap (Forrás: Böröcz et al., 2002)

Kézhygiénés tevékenységet megfigyelő lap

MEGFIGYELŐ LAP

Kórház:.....
 Osztály:.....
 Dátum:.....
 Megfigyelés kezdete/vége:.....

Kézhygiénés tevékenység	Szappanos	Alkoholos	Nem történt	Összesen
A beteggel történő kontaktus előtt				
Aszeptikus tevékenység megkezdése előtt				
Testváladékkal történő kontaktus után				
A beteggel történő kontaktus után				
A beteg környezetével történő kontaktus után				

Compliance % = $\frac{\text{Megfigyelt kézhigiénés tevékenység száma}}{\text{Javasolt kézhigiénés tevékenység száma}} \times 100$

Kesztyűhasználat (nem steril)	Igen	Nem	Összesen
Testváladék, nyálkahártya, sérült bőr érintése során			

Compliance % = $\frac{\text{összes IGEN}}{\text{ÖSSZES}} \times 100$

al., 2009). A megfigyelés során regisztrálásra kerül, hogy történt-e kézfertőtlenítés. Amennyiben történt, akkor meg kell kérdezni, hogy alkoholos kézbedörzsölést vagy szappanos kézmosást alkalmazott a megfigyelt személy, valamint azt is, hogy történt-e gumikesztyű használat (The Joint Commission, 2009).

A megfigyelés ideje alatt a megfigyelő nem akadályozhatja a dolgozó munkáját, így 10-20 perc közötti idő számítható egy megfigyeltre (Böröcz et al., 2002).

A direkt megfigyelés módszeréhez kapcsolódóan a 3. ábrán látható képlet alkalmazható.

3. ábra: A direkt megfigyelés módszerére vonatkozó képlet (Böröcz et al., 2002)

$$\frac{\text{Megfigyelt kézhigiénés tevékenységek száma}}{\text{Javasolt kézhigiénés tevékenységek száma}} \times 100$$

Indirekt megfigyelési módszer

Az indirekt megfigyelési módszer a legegyszerűbb módja, hogy felmérjük az egészségügyi dolgozók kézhigiénés hajlandóságát. Mérhetjük a folyékony szappan, az egyfázisú folyékony szappan, az alkoholos kézbedörzsölő, a gumikesztyű és az egyszer használatos papírkéztörölő fogyását. Ez a mérési módszer

a leggazdaságosabb, hiszen nem kell a vizsgálatban a szakképzett személyzetnek órákat eltölteni, mint a direkt megfigyelés esetében. Ezzel szemben nem nyújt információt arról, hogy a dolgozó a megfelelő momentumnál alkalmazta-e a kézhigiénés eljárást és azt a megfelelő módon végezte-e el (Szilágyi et al., 2009).

Az indirekt compliance értéket a kézhigiénés termék felhasznált mennyisége, az ágyszámok és az ápolási napok számának alakulása alapján határozhatjuk meg (Böröcz et al., 2002).

A direkt és indirekt compliance mérés előnyeit és hátrányait a következő I. táblázat mutatja be.

Esetismertetés

Mint infékcókontroll munkatárs napi szinten végzem az Intenzív osztály surveillance vizsgálatát. A surveillance tevékenység az in-

I. táblázat: Direkt és indirekt compliance mérés előnyei és hátrányai (Böröcz et al., 2002)

Mérési módszer	Előnyök	Hátrányok
Direkt megfigyelés	Az összes kézhigiénés alkalom megfigyelésének egyetlen elfogadható módszere A részletek is megfigyelhetők	Időigényes Képzett és gyakorlott megfigyelőket igényel Függ a megfigyeléstől, a megfigyelőtől és a megfigyelendő helytől
Önellenőrzés	Olcsó	Nem megbízható
Beteg általi megfigyelés	Olcsó	Negatív hatással lehet a beteg és a személyzet kapcsolatára
A kézhigiénés termékek fogyásának ellenőrzése	Olcsó	A validálást befolyásolja a változó betegszám Nem lehet különbséget tenni az egyén és a csoport között Az osztályos termék-túlhalmozás nehezíti a validálást

tenzív osztályon előforduló eszközhasználattal összefüggő fertőzéseket vizsgálja.

Megfigyelhető volt, hogy a pozitív húgyúti mikrobiológiai minták egy időszakban sűrűbben fordultak elő. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések zöme kontakt módon terjed, azaz a beteget

ellátó személyzet keze viszi át a kórokozókat egyik betegről a másikra. A külső környezettel közvetlenül érintkezésbe kerülő bőrfelszínek közül a kéz bőre tekinthető a legszennyezettebbnek. A bőrfelületen megtelepedő mikroorganizmusok miatt a fertőzés terjedési mechanizmusában egyik legfontosabb közvetítő tényező a kéz. A kórházi fertőzések átvitele a betegekre leggyakrabban az egészségügyi személyzet közvetítésével történik. Feltételeztem tehát, hogy a húgyúti fertőzések növekvő előfordulásának az oka a nem megfelelő kézhigiéna volt.

A direkt kézhigiéna compliance megfigyelés során 24 fő nyomonkövetéses vizsgálata történt meg, ez 200 db direkt megfigyeléses kézhigiéna akció eredményezett, továbbá 35 db UV lámpás ellenőrzés történt Hand In Scan technológiával. **(1. kép)** A direkt megfigyeléses eljárás a WHO standardizált felmérőlapjának felhasználásával végeztük, melyet a WHO „A kézhigiéna 5 momentuma” irányelvének szempontjai alapján szerkesztettek.

1. kép: UV lámpás kézhigiéna ellenőrzés Hand In Scan technológiával



A megfigyelés a szakdolgozók körében napi rendszerességgel történt. Egy dolgozó megfigyelése átlagosan 30 percet vett igénybe. Ezt követően direkt compliance mérést végeztünk megadott képlettel történő számítással a direkt megfigyelés során szerzett adatokból.

A megfigyelések során azt tapasztaltam, hogy nem volt megfelelő a kézfertőtlenítések során a behatási idő betartása, valamint a kesztyűhasználat

sem minden esetben volt szabályszerű. Ugyanakkor a megfigyelések alkalmával lehetőségem nyílt a dolgozóknak folyamatosan visszacsatolni, hogy az 5 momentum alapján mely lépések nem teljesültek. Így napról napra láttam, hogy igyekeztek korrigálni a kézfertőtlenítési szokásaikat az ápolók. Ennek hatására látványosan javult mind a kézfertőtlenítési technika és a behatási idő betartása is.

Következtetések

A vizsgálat eredményeként és a kézhigiéna oktatókkal, bemutatókkal azt várom, hogy a kézhigiéna compliance növelésével az eszközhasználattal összefüggő fertőzések számában csökkenést érhetünk el. Ezzel egyidejűleg jelentős költségcsökkenést feltételezünk az antibiotikum felhasználás tekintetében. Feltételezésem szerint az oktatás hasznossága és a tudás fenntarthatósága megmutatkozik majd a jövőben. Ami megvalósult, nagy örömeinkre, ezen kórház intenzív osztályán négy olyan gépet vásároltak, amely alkoholos kézbedörzsölő szert permetez a dolgozó kezére, szenzoros érzékelővel, vagyis érintés nélkül működik, így elkerülhető a kontaminációs kockázat.

A kézhigiéna prevenció alkalmazásával csökkenő tendencia mutatkozott a pozitív mikrobiológiai leletek számában, így feltételezhetően a nosocomiális infekciók száma, az antibiotikum felhasználás költségei és ezzel egyidejűleg az ápolási napok száma is csökken. A biztonságos betegellátás egyik alappillére a nosocomiális infekciók megelőzése, így a kórház menedzsmentje támogatón áll a kézhigiéna szükséges eszközök további beszerzéséhez, más osztályokra is, így növelhetjük a kézfertőtlenítési pontok számát.

Összegzés

Számos vizsgálat megállapította, hogy az alacsony dolgozói létszám egy műszakban, így közvetlenül az egészségügyi szakszemélyzet hiánya is, okolható a nem megfelelő kézhigiéniáért. Jó megoldás lehet az, ha olyan módszert vezetünk be az osztályokon, jelen esetben az intenzív osztályon, ami hatékony, jól hozzáférhető, rövid időn belül kivitelezhető. Ugyanakkor időszakos oktatásokkal fejleszteni kell a kézhigiéna alapismereteket. Nekünk, az infekciókontroll teamnek kell ezt a szakdolgozók és az orvosok körében egyaránt kivitelezni, rendszeres oktatással, gyakorlati bemutatókkal és a folyamatosan fejlődő új technológiák bemutatásával.

Irodalomjegyzék

1. Böröcz, K., Kende, É., Szilágyi, E. (2002). A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ tájékoztatója a nosocomialis surveillance során alkalmazandó módszerekről, I. rész: A nosocomialis fertőzések definíciói. *EPINFO* (Budapest, OEK), 9(3).
2. Dasgupta, S., Das, S., Chawan, S.N. & Hazra, A., (2015). Nosocomial infections in the intensive care unit: Incidence, riskfactors, outcome and associated pathogens in a public tertiary teaching hospital of Eastern India. *Indian J Crit Care Med.* 19(1): 14–20. Hozzáférhető: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296405/> (Letöltve: 2018-02-23.)
3. Kézhigiéné lépésről lépésre – a compliance javítása. (2018) <https://www.hartmann.info/hu/ismeretek/Fertőtlenítés/Hand-Evolution> [Letöltve: 2018-02-27]
4. Mikor? A kézhigiéne 5 momentuma. (2018) https://www.antsz.hu/data/cms25644/A_kezhigiene_5_momentuma_20110223.pdf[Letöltve: 2018-02-27]
5. Országos Epidemiológiai Központ (2007). Intenzív terápiás osztályok surveillance rendszere, 2006 In: *EPINFO*, 28 pp: 265-273
6. Országos Epidemiológiai Központ (2016). Országos Infekciókontroll helyzetkép az intenzív terápiás osztályokról, 2015 In: *EPINFO*, 33 pp 401-413
7. Szilágyi, E., Kurcz, A., Böröcz, K. (2009). Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről. In: *EPINFO*, 16, 5.
8. The Joint Commission. (2009). Measuring Hand Hygiene Adherence: Over coming the challenges. Hozzáférhető: 2016-12-28, https://www.jointcommission.org/measuring_hand_hygiene_adherence_overcoming_the_challenges/

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS FELNŐTTÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA és az ORSZÁGOS EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZŐ SZAKMAI TAGOZATA

2018. október 4-én, Budapesten
rendezi meg

az

V. Országos Ápolásmenedzsment és Ápolásinnováció Tudományos Konferencia
c. pontszerző rendezvényt.

Jelentkezési határidő: 2018. szeptember 27.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ a www.meszk.hu honlapon a
Továbbképzések menüponton keresztül érhető el.

ESETISMERTETÉS

Az elülső keresztszalag szenzoros deficit szerepe a poszturális kontrollban

NOVÁK Szabina, DR. NAGY Edit

ÖSSZEFOGLALÁS

Vizsgálatunkban egy elülső keresztszalag deficittel rendelkező személy egyensúlyi paramétereit és terhelési szimmetriáját vizsgáltuk. Alanyunk részt vett egy 14 napos intenzív tréningben, mely során napi 45 percen végezte a zárt láncú gyakorlatokat az érintett végtagján állva, csukott szemmel. A méréseket erőmérő platformon végeztük el. Adataink kiértékelésekor a lengési utat számítottuk antero-poszterior és medio-laterális irányokban. A lengési útban szignifikáns változásokat nem tapasztaltunk a tréning hatására, azonban az antero-poszterior irányú kilengésben csökkenés mutatkozott. A terhelési szimmetria vizsgálatakor a műtött oldal fokozott terhelését észleltük a tréning hatására, azonban ellentmondást tapasztaltunk a szubjektív súlyviselési érzet és az objektív súlyviselési adataink között. A megváltozott szimmetria érzet percepciós hatásokkal magyarázható, feltehetőleg változás ment végbe a proprioceptív információk feldolgozásában. Célkitűzésünk, hogy elvégezzük a vizsgálatot nagyobb esetszámmal, nagyobb hangsúlyt fektetve a terhelési szimmetria és a mögöttes percepciós vonal alaposabb kivizsgálására.

Kulcsszavak: elülső keresztszalag, tréning, percepció, szimmetria

The effect of sensory deficit induced by anterior crutiate ligament injury on postural control

Szabina NOVÁK, Edit NAGY PhD

SUMMARY

The balance parameters and the loading symmetry was assessed in a subject with anterior crutiate ligament deficiency. A 14 days intensive training was performed mainly with eyes closed in closed kinematic chain exercises, loading the affected limb. Stabilometry and the assessment of loading symmetry was performed. The sway path was calculated in two direction. The sway path comparisons did not revealed significant differences only a tendency of decrease in anteroposterior direction. Interestingly we found an increased loading of the affected limb after our intensive training, with a mismatch between the subjective perceived symmetry and the objective symmetry data. The changed symmetry perception might be explained with the change in proprioceptive information processing induced by the training. In the future further examinations with higher case number are necessary to support this result.

Keywords: anterior crutiate ligament, training, perception, symmetry

NOVÁK Szabina
gyógytornász hallgató,
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi
és Szociális Képzési Kar

DR. NAGY Edit
főiskolai docens,
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi
és Szociális Képzési Kar,
Fizioterápiás tanszék

Levelező szerző

(correspondent):

NOVÁK Szabina; E-mail:
nsabina3@gmail.com

Beérkezett: 2018. április 19.

Elfogadva: 2018. május 7.

Bevezetés

A poszturális kontroll és egyensúly számos rendszer interakciójának eredménye. A poszturális kontroll a test térbeli helyzetének kontrollálása az orientáció és a stabilitás elérése érdekében (Shumway-Cook & Woollacott, 2012).

A poszturális kontrollt befolyásoló rendszerek közé tartoznak a motoros rendszerek, szenzoros rendszerek – a látási, vesztibuláris, szomatoszenzoros és proprioceptív (test belső helyzetének érzékelése adott feladat során) érzetek. Ezen felül poszturális kontrollunkat befolyásolja a központi feldolgozás,

avagy percepció is, tehát hogy hogyan történik a szenzoros ingerek integrációja, az ingerek súlyozása. A poszturális kontroll automatikus, nem igényel tudatos erőfelfejtést, de igényel figyelmi forrásokat, emiatt a kongnitív rendszerek is befolyásolják működését.

Kutatásokban kimutatták, hogy a teljes elülső keresztszalag szakadás a mechanoreceptorok eltűnését okozza az érintett szalagban, amely az afferens információ hiányához vezet a központi idegrendszer felé, a proprioceptió és a poszturális kontroll károsodását okozva. (Lee et al., 2015). Amennyiben keresztszalag pótló műtetet végeznek, a pótoltszalag csak a me-

1. ábra: A beavatkozások idővonala**2. ábra:** Neuromuszkuláris tréning

chanikai funkciót látja el, a hiányzó szalag szenzoros funkciója nem pótolható. Több kutatásban is kimutatták a propriocepció csökkenését elülső keresztszalag deficit esetén (Lee et al., 2015; Arockiaraj et al., 2013; Roberts et al., 2004; Barrett, 1991).

Esetismertetés

Vizsgálati személyünk egy 22 éves nő volt, aki 2014. novemberében elülső keresztszalag szakadást szenvedett el a bal oldali térdízületében. 2015. júniusában végezték el a keresztszalag-plasztikát m. semitendinosus és m. gracilis inak felhasználásával. A műtét után 4 napos kórházi rehabilitáció keretén belül végzett aktív és passzív gyógytornát a szege-di klinikán. A további rehabilitációja során 2x15 alkalom terápiát kapott, melyben aktív gyógytornát, elektroterápiát és úszást javasoltak neki. **(1. ábra)**

Méréseinket Neurocom Basic Balance Master segítségével végeztük. A testtömeg kilengését vizsgáltuk medio-laterális és antero-poszterior irányokban, három mérési sorban, mérési soronként 1000 adatot regisztráltunk a tréning előtt és után, 100 Hz-es mintavételt alkalmaztunk. A méréseket elvégeztük egy- illetve kétféle állva, nyitott és csukott szemmel, stabil és instabil felszínen (Airex Balance Pad) egyaránt. Az erőmérő platformon a terhelési szimmetriát is megvizsgáltuk a tréning előtt és után, 0°, 30°, 60° és 90°-os térd flexiós helyzetekben.

Az intenzív neuromuszkuláris tréning 14 alkalmat ölelt fel, alkalmanként alanyunk 45 percet végezte az elsősorban proprioceptív rendszert célzó gyakorlatokat. Stabil felszínen, csukott szemmel végezte a zárt láncú egyensúlyi gyakorlatokat, teljes testsúlyterheléssel. A 14 nap során növekvő intenzitással és folyamatosan nehezedő gyakorlatokkal dolgoztunk. **(2. ábra)**

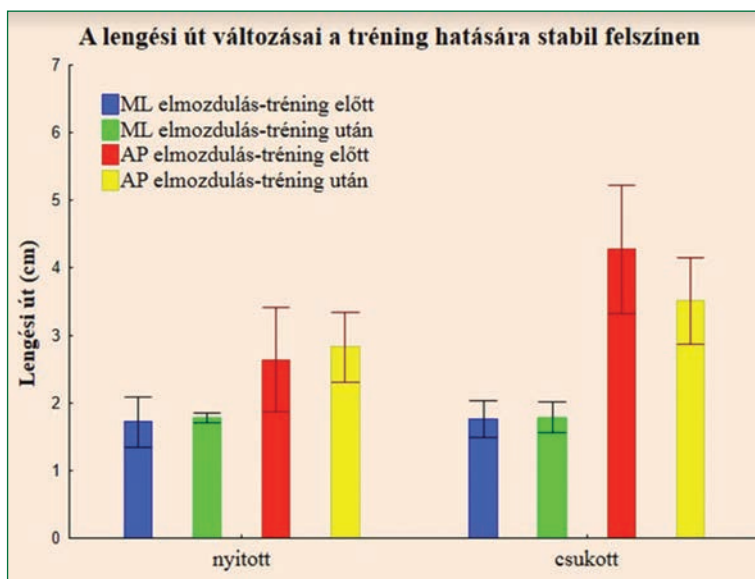
Az adatfeldolgozás során Statistica 13.1 programot használtunk, melynek segítségével a lengési utat számítottuk antero-poszterior és medio-laterális irányokban. Eredményeink kiértékelésére egymintás t-próbát és

egyutas variancia-analízist használtunk.

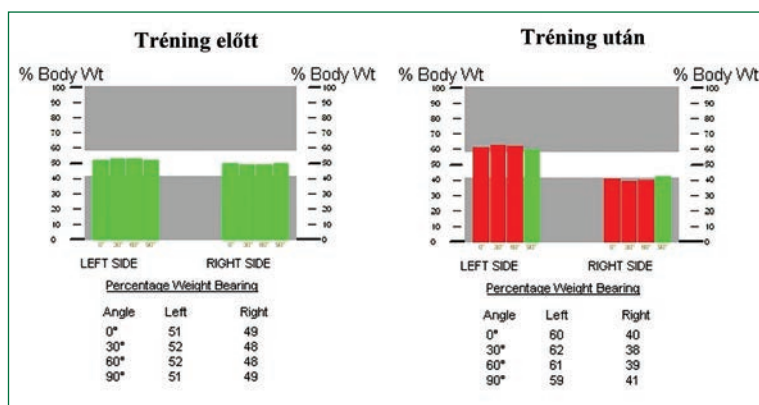
Megbeszélés, következtetés

A variancia analízis segítségével kimutattuk a tréning hatására az antero-poszterior irányban elért csökkenő tendenciát, amely az **3. ábrán** is látható. Medio-laterális irányokban nem mutatkozott szemmel látható különbség a mérések során. A medio-laterális irányú kilengések minden esetben kisebbek voltak az antero-poszterior irányú kilengéseknél, amely a jó csípő kontrollra utal, hiszen a csípő abduktorok és adduktorok felelősek a laterális irányú kilengésekért (Henry et al., 1996). Az antero-poszterior irányú kilengésekért a test ventrális és dorzális oldalán elhelyezkedő izmok a felelősek, tréningünkkel is ezen izmokra hatottunk leginkább. A proprioceptív tréningünk hatékonysá-

3. ábra: A lengési út változása a tréning hatására



4. ábra: A terhelési szimmetria változása



gát támasztja alá a csökkenő tendencia, melyet az antero-poszterior irányú kilengésekben mértünk, a tréning-specifikus helyzetben.

A terhelési szimmetria mérésekor az inten-

zív gyakorlás a műtött láb fokozott terhelését eredményezte. A 4. ábrán a tréning előtti közel szimmetrikus terheléeloszlás, és a tréning utáni fokozott terhelését láthatjuk. Ezen mérés során ellentmondást tapasztaltunk az objektív súlyviselési adatok és a szubjektív súlyviselési érzet között. A megváltozott szimmetria érzetet perpciós hatásokkal magyaráznánk, mely szerint változás ment végbe az információ feldolgozásában, feltehetőleg a proprioceptív információ súlyviselésében.

A szakirodalmi adatok és az esettanulmány eredménye szerint is befolyásolható a proprioceptív deficit hatása a testtartás kontrollra. Azonban további kérdések is felmerülnek; a sérülés és a célzott tréning között eltelt idő hogyan befolyásolja a tréning hatását, hiszen minél hosszabb idő telik el az erőteljesebb proprioceptív deficit állapotában, annál inkább elindulhatnak negatív perpciós, észlelésbeli változások a központi idegrendszerben. Minél magasabb szintű a rehabilitáció- nem csak a korai rehabilitáció fázisában, és nem csak az élsportolók körében- annál jobb eredmények érhetőek el a tréning hatására.

További célkitűzésünk a vizsgálat nagyobb esetszámmal való elvégzése, nagyobb hangsúlyt fektetve a terhelési szimmetria vizsgálatára és a mögöttes perpciós vonal alaposabb kivizsgálására.

Irodalomjegyzék

1. Arockiaraj, J., Korula, R.J., Oommen, A.T., Devasahayam, S., Wankhar, S., Velkumar, S., Poonnoose, P.M. (2013). Proprioceptive changes in the contralateral knee joint following anterior cruciate injury. *Bone Joint J*, 95-B(2):188-91. doi:10.1302/0301-620X.95B2.30566
2. Henry, S.M., Fung, J., Horak, F.B. (2001). Effect of stance width on multidirectional postural responses. *J Neurophysiol*, 85: 559-570. doi:10.1152/jn.2001.85.2.559
3. Lee, D.H., Lee, J.H., Ahn, S.E., Park, M.J. (2015). Effect of time after anterior cruciate ligament tears on proprioception and postural stability. *PLoS One*, 10(9): 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0139038
4. Roberts, D., Andersson, G., Fridén, T. (2004). Knee joint proprioception in ACL-deficient knees is related to cartilage injury, laxity and age- retrospective study of 54 patients. *Acta Orthop Scand*, 75(1):78-83. doi:10.1080/00016470410001708160
5. Stensdotter, A.K., Tengman, E., Häger, C. (2016). Altered postural control strategies in quiet standing more than 20 years after rupture of the anterior cruciate ligament. *Gait&Posture*, 46:98-103. doi:10.1016/j.gaitpost.2016.02.020
6. Shumway-Cook, A., Woollacott, M.H. (2012). *Motor control. Translating research into clinical practice*. Fourth edition. Lippincott Williams & Wilkins.
7. Stensdotter, A.K., Tengman, E., Olofsson, L.B., Häger, C. (2013). Deficits in single-limb stance more than 20 years after ACL injury. *European Journal of Physiotherapy*, 15:78-85. doi:10.3109/21679169.2013.791718

KITEKINTÉS

Visszatekintés az Ápolók Nemzetközi Napja kapcsán – Globális kampány az ápolásért

DR. BALOGH Zoltán

Néhány héttel ezelőtt, 2018 áprilisában tartotta a Magyar Kórházaszövetség XXX. Kongresszusát. A jubileumi rendezvény alkalmat adott arra, hogy felidézsem az elmúlt évtizedek ápolásszakmai fejlődésének főbb állomásait, eseményeit és szereplőit. Ugyanakkor céлом volt a jelen kor kihívásainak és üzeneteinek összefoglalása is.

A Magyar Kórházaszövetség (MKSZ) Ápolási Szakbizottsága hivatalosan 1971. március 31-én alakult meg. Ezt megelőzően 1970-től az MKSZ 15 tagú vezetőségében dr. Marosi Józsefné és Udvardi Klára képviselték az ápolásügyet. Az Ápolási Szakbizottság 1972-től munkaterv alapján végezte feladatát. Legfontosabb tevékenységeiből kiemelendő a hazai ápolóképzési rendszer megújítása és az ápolásügy fejlesztése. Talán a legmarkánsabb újítást e területen az Egészségügyi Főiskolai Kar Budapesten történő létesítése, egyúttal az intézetvezetői és egészségügyi szakoktatói szak főiskolai szintű elindítása jelentette 1975-ben.

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses, ICN) 1974 januárjában döntött arról, hogy Florence Nightingale születésének évfordulóján, május 12-én ünnepeljék meg az ápolókat világszerte. Az ICN évente előkészíti és terjeszti azokat a nyilvános tájékoztató és oktatási anyagokat, amelyeket mindenhol a nemzeti ápolási szervezetek és az ápolók használhatnak. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa az ápolók nemzetközi napjának a megünneplésével kettős célt akar realizálni. Az egyik az, hogy az ápolókat összehozza szerte a világon, előmozdítsa az ápolást és az ápolás színvonalának az emelkedését, továbbá jobb helyzetbe helyezze az ápolókat. A másik nem kevésbé fontos cél az, hogy befolyásolja az egészségpolitikát.

Az MKSZ Ápolási Szakbizottság nemzetközi területen is ért el eredményeket. Először felvette a kapcsolatot az Ápolók Nemzetközi Tanácsával, majd 1980-tól Magyarország is teljes jogú tagjává vált a világszervezetnek. Ettől kezdve a MKSZ Ápolási Szakbizottság az Ápolók Nemzetközi Tanácsával egyeztetett és elfogadott működési rend alapján végezte munkáját. A hazai ápolásügy 1982-től évente május 12-én fórumot tartott az Ápolók Nemzetközi Napja alkalmából.

1984-től a Szakbizottság bekapcsolódott az Európai Ápoláskutatók Munkacsoportjának (World Education News & Reviews, WENR) nemzetközi tevékenységébe is. Rendszeren részt vettek a WENR megbeszélésein. Ugyancsak jelentős feladatot jelentett az Egészségügyi Minisztériummal való együttes részvétel az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) középtávú ápolási programjának megvalósításában. Közjogi értelemben talán egyik legjelentősebb állomásnak tekinthető az országos főnövéri státusz megteremtésében való aktív szerepvállalás volt.

1987. május 15-én dr. Mányi Géza a MKSZ főtitkára bejelentette az Ápolási Szekció megalakulását. Ez a szervezeti forma sokkal nagyobb önállósággal rendelkezett, mint a szakbizottság. A szekció elnöke Nosza Magdolna, főtitkára pedig Várhelyi Józsefné lett. 1989-ben a történelmi változások hatására a már korábban is még nagyobb önállóságot igénylő ápolók és az ápolásfejlesztés ügyét képviselő kollégák százai egy emberként mozdultak meg az ország egész területén és hetek alatt létrehozták, minden anyagi feltétel nélkül megszervezték az önálló Magyar Ápolási Egyesületet (MÁE). Az alakuló közgyűlésre 1989. május 20-án került sor. Elnöke

Dr. BALOGH Zoltán, tanszékvezető, főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolási Tanszék elnöke, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Országos Szervezete

Levelező szerző (correspondent): DR. BALOGH Zoltán, Elérhetőség: e-mail: iroda@meszk.hu

1. kép: Jubilálók és végzős BSc ápolók köszöntése a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán 2018. május 25-én



Nagy Gáborné, az OSZFI intézetvezető főnövére, főtiktára Mucha Márkné, a SOTE Ortopéd Klinika vezető főnövére lett. Kidolgozták az alapszabályt, megtörtént a cégbírósági bejegyzés, megnyerték a működéshez szükséges személyeket. Az alapító tagok javaslatokat tettek a jövőbeni munkára, a megerősítendő tevékenységekre. A MÁE hallassa szavát a médiában ápolásügyi kérdésekben. Legyenek tántoríthatatlan szószólói az ápolás ügyének. Az ápolóknak is legyen lehetőségük főiskolai, egyetemi végzettség, tudományos fokozat megszerzésére. Szükséges a konkrét, határozott érdekképviselet, s a fiatalok aktív bevonása. Kerüljön az ápolásügy és az ápolók elismerése hazánkban is ugyanolyan méltó helyre, mint a fejlett ápolással rendelkező országokban. Ezen célok mentén indult meg a szakmai érdekképviseleti munka, melynek első eredményére csupán néhány hónapot kellett várni. 1989 szeptemberében hazánkban először indult meg a főiskolai szintű ápolóképzés a budapesti Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (OTE EFK). Éppen 25 évvel ezelőtt végezett az első diplomás ápolói évfolyam 18 fővel, akik közül tizenegyen még mindig az egészségügy rendszerét szolgálják. A jubilálók mellett a végzős BSc ápolókat is köszöntötték azon az ünnepségen, melynek a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara (OTE EFK jogutódja) adott otthont. **(1. kép)**

A Magyar Ápolási Egyesület 2003-ban törvényi felhatalmazást kapott az Egészségügyi Szakdolgozók Együttműködési Fórumával közösen a Ma-

gyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) megalapításában, működésének elindításában. Erre 2004-ben került sor. Azaz elmondhatjuk, hogy a szakdolgozók hivatásrendi közttestületének, kötelező tagságon alapuló szakmai önkormányzatának kialakítása valahol 1971-ben indult el a Magyar Kórhákszövetség Ápolási Szakbizottságának megalapításával. Az elmúlt évtizedek megmutatták, hogy csak szakmai összefogással lehet feladatainkat a köz érdekében sikeresen végrehajtani. A közttestület a nemzetközi szervezetek által meghirdetett programokat, aktivitásokat folyamatosan követi. Élő kapcsolatot tart európai szakmai ernyőszervezetekkel, így az Európai Ápolói Tanáccsal (European Council of Nursing, ECN), az Európai Ápolási Egyesületek Szövetségével (The European Federation of Nurses Associations, EFN), valamint a nemzetközi és a hazai társkamarák és szakmai szervezetek képviselőivel. Folyamatosan követi az Ápolók Nemzetközi Tanácsának éves aktivitásait, programjait. Mindezek figyelembevételével az Országos Küldöttközgyűlés felhatalmazása alapján döntöttünk az ápolói és szakdolgozói pályát népszerűsítő programok és kampány indítása mellett, mellyel hitet szeretnénk tenni az ápolói hivatás társadalmi szintű elismertetése mellett, valamint a tanulói és hallgatói utánpótlás nemzeti szinten történő kezelése mellett. A MESZK vezetésének elkötelezettségét és aktivitását, eredményességét a nemzetközi tendenciák, kampányok jelentősen támogatják.

2. kép: Lord Nigel Crisp, társelnök, Nursing Now; Kate Middleton, Cambridge hercegnő; Mary Watkins bárónő, alternatív elnök, Nursing Now; Annette Kennedy elnök, Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN); Diana Atwine, államtitkár, Egészségügyi Minisztérium, Uganda, Egészségügyi Világszervezet (WHO)



Az Egészségügyi Világszervezet által az ápolás és a szülészet helyzetéről közzétett jelentés szerint az egészségügyi személyzet iránti aktuális globális szükséglet 71,8 millió fő, amelynek közel 52%-a, azaz 37,2 millió fő ápoló és szülésznő. A Világszervezet adatai szerint a betegápolás és a szülészet területén világviszonylatban már most jelentős munkaerőhiány áll fenn, sőt becslések szerint 2030-ban világviszonylatban kilenc millió betegápoló és szülésznő fog hiányozni a rendszerből.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) „Nursing Now” címmel közös, globális kampányt indított 2018. február 27-én. (2. kép) Katalin camebridge-i hercegné védnökségével a 2020-ig tartó nemzetközi kezdeményezésnek célja, hogy az ápolók presztízsét visszaadja, és önbecsülésüket erősítse. Az akció célul tűzi a betegápolók és a szülésznők szakmai profiljának pregnánsabb definícióját, valamint az egészségügyi rendszerek vezetői pozícióiban való nagyobb számú képviselését. A program további célja, hogy

a nők jobban munkához jussanak ezeken a pályákon. A kampány keretében egyebek között egy pártok fölött álló brit parlamenti munkacsoport 2016-ban közzétett jelentésének (Triple Impact Report) eredményeit is felhasználják. A „Nursing Now” kampány lebonyolítására egy brit közhasznú alapítvány, a Burdett Trust for Nursing kapott megbízást. 2020-ig el kell érni, hogy minden ország dolgozzon ki az ápolásra és szülészetre vonatkozó tervet, áldozzon több pénzt e két területre, biztosítson nagyobb jelentőséget a betegápolók és a szülésznők magasabb létszámában történő alkalmazására, képzésére és továbbképzésére. A 2020-as év azért is fontos, mert akkor lesz Florence Nightingale születésé-

nek 200. évfordulója, aki a modern nyugati betegápolás megalapítója és a brit egészségügyi és gondoskodási rendszer legnagyobb reformere volt.

A hároméves kampány emelni kívánja az ápolói hivatás megbecsülését a világon mindenhol: nem csak a törvényhozásra gyakorolnak majd hatást, de támogatást nyújtanak az ápolóknak, hogy maguk is képesek legyenek a vezetésre, a folyamatos tanulásra és egy világméretű mozgalom építésére. Az ápolók kiemelt szerepet játszanak az egészségügy népszerűsítésében, a betegségek megelőzésében, illetve a gyógykezelésben, mivel ők azok az egészségügyi dolgozók, akik legközelebb vannak az emberekhez. Az ápolók kulcsfontosságúak a közösségalapú egészségügy megteremtésében, illetve a helyi egészségtudatosságot fokozó kezdeményezésekben is.

Eljött az idő, hogy az ápolók nagyobb elismerést és befolyást kapjanak a nagyvilágban és itthon! Nélkülünk nem megy! Hivatásunk képviselésével az egészségért és a betegekért!

Irodalomjegyzék

1. Nursing Now (2018). Hozzáférhető: 2018. április 20., <http://www.nursingnow.org/launch/>
2. About Nursing Now (2018). Hozzáférhető: 2018. április 20., <http://www.icn.ch/what-we-do/Nusing-Now/>
3. Balogh, Z., Borbás, I., Lakó, E. (szerk.), (2008). *Az ápolás helyzete Magyarországon*. Budapest: Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI), p: 40-46.
4. Mucha, Mné. K., Balogh, Z., Bugarszki, M. (2009). *Két évtized – A Magyar ápolási Egyesület biteles története*. Budapest: Magyar Ápolási Egyesület (MÁE), p: 38-41, 68-71.
5. Nosza, M., Várhelyi Jné. (1997). A Magyar Ápolási Egyesület megalakulásának előzményei és körülményei. *BMJ*, 314, 1303-6.
6. Sövényi, Fné. (2012). Egy kis szelet történelem. *Nővér*, 25(4), 3-9.
7. WHO. (2017). Nursing and Midwifery in the History of the World Health Organization 1948-2017. Hozzáférhető: 2018. április 20., <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259535/1/9789241511902-eng.pdf?ua=1>

200
ÉV

Hartmann
1878-2018



Az egészségügy
élvonalában

200/200 PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

A 200 éves HARTMANN 200 napos szakdolgozói pályázata

Hogyan segítenek a HARTMANN termékek az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban?

Pályázat kiírása: 2018. március 10.

Pályázat célcsoportja:

- kórházban
- műtőben
- szakorvosi rendelőben
- háziorvosi rendelőben
- szociális otthonban
- otthonápolásban
- gyógyszerárban
- és egyéb betegellátó helyeken aktívan tevékenykedő szakdolgozók

Pályázat célja:

Az egészségügy élvonalába tartozó termékekkel szerzett tapasztalatok megosztása az ellátás bármely területén dolgozókkal.

Pályázat feltételei:

- A 200 éves HARTMANN cég termékválasztékába tartozó termékekkel kapcsolatos felmérések, esetek, tapasztalatok stb. jelenjenek meg
- A pályázati szabályzat elfogadása, mely letölthető a www.hartmann.hu oldalon „Híreink” alatt található „200/200 pályázati felhívás”-ból
- A pályázati anyag a pályázati szabályzat mellékletét képező kitöltött **Nyilatkozat** dokumentummal együtt küldendő be a palyazat@hartmann.info e-mail címre
- A pályázati anyagban a témakört és az alcímet is fel kell tüntetni
- Pályázati anyag terjedelme: 3-5 A/4 oldal (Arial 11p, 1,5-es sorköz)

Pályázat beadási határideje: 2018. június 30.

Pályázat eredményhirdetése: 2018. szeptember 7. Siófok
MESZK V. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus

Szakmai Bíráló Bizottság:

Elnök: dr. Balogh Zoltán MESZK elnök (felkérés folyamatban)

A szakmai Bíráló Bizottság tagjainak felkérése folyamatban

Pályázati díjak: (minden témakörben külön értendők)

I.díj 200.000 Ft
II.díj 150.000 Ft
III.díj 100.000 Ft

Témakörök:

1. Sebkezelés

- Krónikus sebekkel vagy kialakulásának kockázatával élők Magyarországon
- A Hydroterápiával szerzett tapasztalatok az alapellátásban (HydroClean plus, HydroTac)
- Költséghatékonyság modern kötszerekkel - modern vs. hagyományos kötszerek alkalmazása során fellépő különbségek (költségelemzés)
- Szakápolói kompetenciák és nehézségek a krónikus sebbel élő betegek ellátásában – az orvos és ápoló együttműködésének eredményei
- A Hydroterápia előnyei a szakellátásban más módszerekkel összehasonlítva
- Diabetes lábsebek kezelésének jelentősége, amputáció prevenció
- Onkológiai sebek ellátásának fejlődése
- Műtéti sebek ellátása, fertőzések elkerülése, kezelése
- Negatívnyomás-terápia (Vivano) szakdolgozói szemmel

2. Inkontinencia-ellátás, Sztóma-ellátás

- Inkontinens betegek egyéni igényekre szabott ellátása (MoliCare nedvszívó termékek)
- Inkontinens fekvőbetegek mindennapi bőrápolása és decubitus elleni prevenciója (MoliCare Skin bőrpoló termékek)
- Biztonságos sztóma-ellátás: megfelelő illeszkedés, megfelelő méret (NovaLife 1 részes termékek)
- Helytelenül vagy nem megfelelően használt sztómaterápiás segédeszközök miatt kialakult szövődmények megelőzése és kezelése (NovaLife 2 részes Convex termékek)

3. Infekciókontroll

- Infekciókontroll a betegbiztonság szolgálatában
- A kézhigiénés compliance fejlesztése multimodális programok (Kézhigiéne lépésről-lépésre) alkalmazásával
- Eredményes és költséghatékony környezeti infekciókontrollt támogató innovatív informatikai eszközök (KITÁR) használata
- Kórházi betegbiztonsági és minőségfejlesztési programok sikeres megvalósítása

4. Műtéti termékek

- Betegbiztonság a műtőben
- Dolgozói biztonság a műtői munka során
- A műtéti kesztyűk jelentősége (pl.: Peha-basic, Peha-profile)
- Gazdasági előnyökkel járó hatékonyság növelés a műtőben (CombiSet)

5. Diagnosztika

- Az otthoni egészségügyi gyorsteszték (Veroyal) megítélése és szerepe a prevencióban
- Háziiorvosi praxisban és gyógyszerárban dolgozók tapasztalatai az otthoni diagnosztikai termékekkel kapcsolatosan (tipikus hibák vérnyomásmérés közben, gyorsteszték elterjedése)

A pályázattal kapcsolatos kérdések feltehetőek a HARTMANN területi képviselőinél illetve a palyazat@hartmann.hu e-mail címen.

