

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2008. február 21. évfolyam 1. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók?

Összehasonlító vizsgálat (2002-2006)

Dr. Hegedűs Katalin Ph.D., Szabó Nóra, Szabó Gábor, Dr. Kopp Mária MD. Ph.D..

3

Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága

Szabó Nóra, Dr. Hegedűs Katalin Ph.D., Szabó Gábor, Dr. Kopp Mária MD. Ph.D

10

A stressz inkontinencia hatása a nők életminőségére és magatartási attitűdjeire

Kissné Kocsis Anikó

18

Az ápolók pszichés terhelése, a stressz hatása a mindennapi feladatokra

Németh Tamás

25

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A Streptococcus agalactiae mikrobiológiai diagnosztikája

Németh Krisztina

33

A felső légúti infekciók leggyakoribb kórokozói gyermekkorban, azok jellemzése, mikrobiológiai diagnosztikája

Németh Krisztina

36

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

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

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

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 21. No.1. February 2008

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Are health workers healthier? A comparative study (2002–2006)

Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., Kopp, M.

3

Levels of stress and social, support among health workers

Szabó, N., Hegedűs, K., Szabó, G., Kopp, M.

10

The impact of stress incontinence on the quality of life and behavioural attitudes of women

Kissné Kocsis, A.

18

The psychological burden on nurses, the impact of stress on their everyday work

Németh, T.

25

TRAINING

Microbiological diagnosis of *Streptococcus agalactiae**Németh, K.*

33

The most common causative agents of upper respiratory tract infections during infancy, their characterisation and microbiological diagnosis

Németh, K.

36

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
*egyetemi docens*Kárpáti Zoltán
*ápolási menedzser*Oláh András
*adjunktus*Szloboda Imréné
*ápolási igazgató*Tóth Ibolya
*szakmai vezető főtanácsos*Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

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

Tanácsadó testület/Advisory Board

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

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

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

Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók?

Összehasonlító vizsgálat (2002-2006)

Dr. Hegedűs Katalin Ph.D.

igazgatóhelyettes, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Szabó Nóra

egyetemi okleveles ápoló, oktatásfejlesztő, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Szabó Gábor

pszichológus, közgazdász, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Dr. Kopp Mária MD. Ph.D.

egyetemi tanár, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Összefoglaló

A kutatás a Semmelweis Egyetem Hungarostudy vizsgálatában szereplő 172 egészségügyi dolgozó – 2006-ban felmért – egészségi állapotáról, életminőségéről ad áttekintést úgy, hogy a szerzők a mutatókat összehasonlítják a nem egészségügyi dolgozókéival, illetve bizonyos kérdéseket tekintve a 2002-es mutatókkal is. A tanulmány kitér a családi és az egészségi állapot önbecslése és a betegségekre vonatkozó általános kérdések mellett a jóllétre, az életeseményekre, a társas támogatottságra, valamint az elégedettségre is. Az eredmények változatossága rámutat arra, hogy a családi és a munkahelyi kapcsolatok mellett milyen szoros az összefüggés az aktuális társadalmi, gazdasági, szociális helyzet testi és lelki állapotra gyakorolt hatásaival.

A probléma ismertetése

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének átfogó Hungarostudy vizsgálata 1988-tól három alkalommal felmérte a magyar lakosság egészségi állapotát országos, reprezentatív mintán, több mint 12000 fő részvételével. A felmérések során a testi és lelki egészséget, a rizikó- és védőfaktorokat és az életminőséget egyaránt vizsgálták (Kopp, Kovács 2006). Ehhez kapcsolódtak a jelenlegit megelőző kutatásaink 2002-ben, amelyeket súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében végeztünk, nem súlyos betegekkel foglalkozó, illetve nem egészségügyi kontrollcsoporttal. Akkori eredményeink azt bizonyították, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében kiugróan magasabb volt a kimerültség, a stresszfüggő testi és lelki tünetekkel való együttélés,

és kedvezőtlenebb volt a szociális háló, mint a kontrollcsoportokban. Az adatok az ápolók esetében még rosszabbak voltak, mint az orvosok és egyéb diplomások esetében. (Hegedűs et al., 2004 és 2006)

Jelen kutatásunk célja, hipotézisei, módszerei

Jelenlegi kutatásunkban szeretnénk volna megtudni, hogyan alakult az egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota, életminősége az elmúlt években. Hipotézisünk szerint nem javultak az egészségügyi dolgozók mutatói, hiszen még stresszesebb helyzetben kellett dolgozniuk, tehát a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva rosszabb testi és lelki állapotot, alacsonyabb társas támogatottságot, rosszabb családi helyzetet feltételeztünk

ennél a -több szempontból is veszélyeztetettnek minősíthető- foglalkozási csoportnál.

Kutatásunkat a Hungarostudy 2006 vizsgálatra alapoztuk. A kérdőívbe bekerült három kérdés: „egészségügyi dolgozó-e”, „ha igen, akkor milyen helyen dolgozik”, illetve „milyen osztályon dolgozik”, így az adatokból -a foglalkozásra, iskolai végzettségre stb. vonatkozó kérdések mellett- viszonylag pontosan kiszűrhetők, és csoportokba is sorolhatók az egészségügyi dolgozók. Az előző kutatás eredményeit is fel kívántuk használni összehasonlítási alapként. Ennek érdekében csak azokkal a kérdésekkel illetve mérőeszközökkel foglalkoztunk, amelyek az előző Hungarostudy kérdőívben is szerepeltek, és érdekes eredményeket, szignifikáns különbségeket hoztak a vizsgálatunkban, ezért az előző publikációkban kiemelt szerepet kaptak, ezek a családi helyzet, a munkaterhelés, valamint a testi állapot megítélésével és a pszichés állapot felmérésével kapcsolatosak.

A családi és az egészségi állapot önbecslésére, valamint a betegségekre vonatkozó általános kérdések mellett a felhasznált pszichometriai mérőeszközök a Hungarostudy vizsgálatból:

- az életminőségre vonatkozóan a WHO Általános Jólét (Wellbeing) Skála,
- a Rövidített Beck depresszió skála,
- Kórházi szorongás skála (HAS),
- a személyiségre vonatkozóan az Énhatékonyság, és az Elégedettség skálák;
- az életeseményekre vonatkozóan az Életesemények skála,
- a Társas támogatás kérdőív (Kopp, Kovács 2006).

Az összehasonlítás módszereként jelenlegi kutatásunkban illesztett mintát használtunk: a Hungarostudy 2006 kérdőívben található, összesen 272 egészségügyi dolgozóhoz nemben, korban, iskolai végzettségben azonos, 272 nem egészségügyi dolgozót választottunk ki. A szűrés -a foglalkozásokkal való összevetés- után sajnos kiderült, hogy a 272 fős mintából, akik egészségügyi dolgozónak vallották magukat, csak 172 fő tekinthető ténylegesen egészségügyi dolgozónak; 100 fő ugyan az egészségügyben dolgozik, de nem egészségügyi dolgozóként,

hanem pl. adminisztrátorként, betanított munkásként, könyvelőként stb. Így a 172 fős mintát tekintettük véglegesnek, és ehhez illesztettük a nem egészségügyi mintát. Mindkét mintában 150 nő és 22 férfi (87, 2% és 12,8%) szerepelt, átlagos életkoruk 47,3 év (szórás:15,6).

I. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók iskolai végzettsége, illesztéssel (2006)

Legmagasabb iskolai végzettség	Egészségügyi dolgozó	Nem egészségügyi dolgozó
kevesebb, mint 8 osztály	1	1
8 osztály	7	7
szakmunkásképző, szakiskola	27	27
szakközépiskolai érettségi	68	68
gimnáziumi érettségi	33	33
főiskolai vagy egyetemi diploma	36	36
Összes	172	172

II. táblázat: Az egészségügyi dolgozók megoszlása foglalkozás szerint (2006)

Foglalkozás	
Ápoló	78
Asszisztens	45
Védőnő	11
Orvos	8
Szülész-nő	6
Gyógyszerész	3
Mentős	3
Műtős szakasszisztens	3
Gyógytornász	2
Egyéb	13
Összesen	172

Iskolai végzettségük az I. táblázatban látható. E szerint a legmagasabb a szakközépiskolai érettséggel rendelkezők aránya (68 fő, 39,5%), főiskolai és egyetemi végzettséggel 36 fő (20,9%) rendelkezik. Foglalkozást tekintve az egészségügyi dolgozói csoportban az ápolók voltak túlsúlyban: 76 fő, őket az asszisztensek követik 45 fővel (a foglalkozások megoszlását a II. táblázat szemlélteti).

A vizsgálatban résztvevők többnyire a klinikumban (kórházban, országos intézetben, klinikán) dolgoznak, és közöttük a többi osztályhoz viszonyítva többségben vannak a belgyógyászatban dolgozók. Sajnos a minta viszonylag kis számából adódóan, és a „milyen helyen dolgozik”, illetve „milyen osztályon dolgozik” kérdésekre adott válaszok szóródásából az derült ki, hogy nehéz lett volna az egészségügyi dolgozókat súlyos betegekkel foglalkozó és „egyéb” alcsoportba sorolni. Emellett a Hungarostudy 2006-ot kitöltő orvosok alacsony száma miatt az orvos és ápolói összehasonlítás is meghiúsult.

Eredmények

Az egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota a Hungarostudy 2006 vizsgálat alapján

Családi állapotukat tekintve -az előző kutatásunkhoz hasonlóan- az egészségügyi dolgozói csoportban alacsonyabb a házas-ságban élők aránya, mint a nem egészség-ügyiéknél (56%, illetve 67%), és jóval mag-sabb az elváltaké (10% és 5%). Valószínűleg ezért sokkal nagyobb családi terhelés hárul rájuk, illetve a családi támogatás hiánya na-gyobb ezekben a csoportokban. A hajadonok (nőtlenek) és az özvegyek aránya is mag-sabb az egészségügyi dolgozói csoportban (tendencia-szintű a különbség a nem egész-ségügyi csoporthoz viszonyítva).

Az egészségügyi dolgozók többet dolgoznak: legalább 9 órát naponta (míg a nem egészség-ügyiék 8,6 órát), többnyire több műszakban ($p=0,003$ a kontrollcsoport-hoz viszonyítva). Összességében saját egészségügyi állapotukat mégis jobbnak ítélték meg, mint a nem egész-ségügyi dolgozók: az ötös skálán 3,6-es értéket adtak, míg a nem egészségügyiék 3,4-et ($p=0,047$). Az elmúlt három évben -megíté-lésük szerint, tendenciáját tekintve- kevésbé változott az egészségügyi állapotuk, mint a nem egészségügyiéké ($p=0,088$).

Az egészségi állapot további vizsgálatánál feltűnő, hogy egyes -pszichoszomatikusnak is tekinthető- betegségek aránya az elmúlt három évben, az előző kutatásunkhoz ha-

sonlóan magasabb volt az egészségügyi dol-go-zók körében: az allergiás betegségek (12,2% - 8,7%) a magas vérnyomás betegség (26,9% - 23,8%). Ugyanakkor jelentősen kisebb a reumas megbetegedések aránya az egészség-ügyi dolgozóknál (11,7% - 18,6%, $p=0,074$), és szignifikánsan kisebb körükben az egyéb izom- és csontrendszeri megbetegedések (9,9% és 17,4%, $p=0,043$), valamint a szívbe-tegségek (7% és 14%, $p=0,036$) aránya is.

Az életeseményeket vizsgálva, arra a kér-désre, hogy „megtörténtek-e Önnel az alábbi események az elmúlt három év során?” az alábbi érdekes válaszok születtek:

- szignifikánsan kevesebben vesztették el a munkájukat az egészségügyi dolgo-zók körében mint a kontrollcsoportban ($p=0,028$),
- jóval kevesebb nagyobb baleset vagy súlyos betegség érintette ezt a csoportot ($p=0,097$), és házastársukat illetve élet-társukat is ($p=0,001$).
- az egészségügyi dolgozók közül keve-sebben panaszkodtak az anyagi hely-zetük romlására ($p=0,057$), de szigni-fikánsan kevesebben ($p=0,031$) ítélték úgy, hogy javult az anyagi helyzetük (III. táblázat).

A társas támogatás összességében ala-csonyabb az egészségügyi dolgozóknál, mint a nem egészségügyi csoportban. Az arra vonatkozó kérdésekre, hogy „nehéz élethelyzetében mennyire számíthat az alábbiak segítségére”, kiderül, hogy ala-csonyabb mértékben számíthatnak a há-zastársuk ($p=0,054$) és gyermekeik ($p=0,066$) segítségére az egészségügyi dol-go-zók (illetve ők így érzékelik). A család támogató funkciója ebben a csoportban kisebb, az egészségügyi dolgozók inkább a családon kívül, elsősorban a munkahe-lyen találják meg a támogató közösséget, közeget.

Utánkövetés a Hungarostudy 2002 alapján

Kutatásunk során kiderült, hogy a Hun-garostudy 2006 vizsgálatban szereplő 172

III. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók életminősége a Hungarostudy 2006 vizsgálat alapján

Skálák, kérdések	Egészségügyi dolgozó %	Nem egészségügyi dolgozó %	t-szign.
Betegségek			
Reuma /elmúlt 3 év/ (2006)	11,7	18,6	0,074
Más izom- és csontrendszeri betegség /elmúlt 3 év/ (2006)	9,9	17,4	0,043
Otthoni baleset /elmúlt 3 év/ (2006)	1,2	5,2	0,033
Szívbetegség /elmúlt 3 év/ (2006)	7,0	14,0	0,036
Életesemények			
Elveszítette munkáját	3,6	9,4	0,028
Nagyobb baleset vagy betegség	6,5	11,6	0,097
Házastárs vagy élettárs súlyos betegsége	0,6	8,2	0,001
Anyagi helyzet romlása	17,6	26,2	0,057
Anyagi helyzet javulása	7,0	14,2	0,031
Egyéb változók, társas támogatás			
Mi az Ön hivatalos családi állapota /dichotóm/ (2006)	64,5	74,3	0,053
Nehéz élethelyzetében mennyire számíthat házastársa segítségére?	2,1	2,3	0,054
Nehéz élethelyzetében mennyire számíthat gyermeke segítségére?	2,2	2,4	0,066

egészségügyi dolgozó közül 161-en a Hungarostudy 2002-ben is szerepeltek, tehát a következő lépés az ő vizsgálati eredményeik összehasonlítása volt. Arra voltunk kíváncsiak, hogy az általánosan leszűrhető eredményeken túl, személy szerint hogyan változott az adott egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota, életminősége az elmúlt években. Ebben a mintában 141 nő és 20 férfi szerepelt, a koruk és iskolai végzettségük hasonló a 172 fős mintához. A kontrollcsoportos mintát is ehhez a csoporthoz igazítottuk, a kontrollcsoport tagjai is utánkövetett személyek voltak.

Az eredményeket a IV. táblázat tartalmazza. Az egészségügyi dolgozók –a nem egészségügyi dolgozókhoz és a saját, 2002-ben adott válaszaikhoz viszonyítva– egészségi állapotukat jobbnak tartják 2006-ban. A társas támogatottságot tekintve a családi támogatás nőtt a vizsgált négy év alatt ($p=0,061$), de még mindig alacsonyabb a

családon kívüli támogatottságnál. A családon kívüli támogató csoportokból csökken az egyházi csoportok és az iskolatársak szerepe körükben 2002-höz viszonyítva. A munkacsoportjukban történeteket nem tudják jobban befolyásolni az egészségügyi dolgozók, míg ez az adat javult a nem egészségügyi csoportban ($p=0,079$).

A WHO Jólét (Wellbeing) skála¹ mindkét csoportban szignifikáns javulást mutat, és az egészségügyi dolgozóknál magasabbak az értékek. Ugyanígy jelentősen növekedtek a megbízhatósággal kapcsolatos értékek mindkét csoportban. Az egészségügyi dolgozók esetében alacsony szinten maradt a depresszió a rövidített Beck Depresszió Skála alapján, és a feszültség, valamint az idegeség is kevésbé jellemző rájuk az önbevallás szerint.

A fenti pozitívumoknak némileg ellentmond ugyanakkor, hogy nem növekedtek

¹ Mennyire érezte magát az elmúlt két hétben vidámnak és jókedvűnek; nyugodtnak és ellazultnak; aktívnek és élénknek; ébredéskor frissnek és kipihentnek; és mennyire voltak tele a napjai az Ön számára érdekes dolgokkal

IV. táblázat: Az egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók utánkövetése
a Hungarostudy 2002 és 2006 kérdőív alapján

Skálák, kérdések.	Nem eü. dolgozó (N=161)			Eü. dolgozó (N=161)		
	A vizsgálat időpontja		t-szign.	A vizsgálat időpontja		t-szign.
	2002	2006		2002	2006	
Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?	3,5	3,4	0,116	3,5	3,6	0,077
Számíthat iskolatárs segítségére?	0,8	0,7	0,206	0,9	0,7	0,037
Számíthat egyházi csoport segítségére?	0,4	0,6	0,079	0,7	0,5	0,056
Társas támogatás - család (0-12 korrigált)	4,0	5,6	0,182	4,6	5,5	0,061
Tudja-e befolyásolni, ami a munkacsoportjában történik?	1,5	1,8	0,079	1,6	1,5	0,715
WHO Jólét Skála (0-15)	7,8	8,8	0,000	8,5	9,4	0,009
Beck depresszió skála	6,8	7,3	0,526	5,9	6,0	0,902
Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban? Feszült és ideges voltam.	0,9	0,7	0,020	0,8	0,6	0,084
Hogyan jellemezné saját magát? Megbízható vagyok.	2,3	2,5	0,004	2,2	2,6	0,000
Hogyan jellemezné saját magát? Általában unatkozom.	0,1	0,3	0,001	0,2	0,2	0,549
Énhatékonyság (0-12)	8,4	9,0	0,009	8,8	9,1	0,207
Elégedettség (0-14)	7,0	6,5	0,037	6,8	6,7	0,344

az elégedettséggel (Positive Affect) kapcsolatos értékek.

Megbeszélés

A nemzetközi szakirodalomban kevés az egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotát a nem egészségügyiekkel összehasonlítva vizsgáló felmérés. Általában a munka-stresszel, illetve a kiegészítő kapcsolatban jelenik meg számos tanulmány, amelyek veszélyeztetett csoportnak minősítik az egészségügyi dolgozók körét, illetve bizonyos egészségügyi dolgozói csoportokat -orvosokat ápolókkal, vagy különböző szakmák képviselőit egymással- hasonlítanak össze, amelyeket Hegedűs, K., Kovács, M., és Szabó, N. alapos szakirodalmi áttekintésükben feldolgoztak az elmúlt években. (Hegedűs et al., 2004, Kovács 2006 a,b, Szabó et al., 2007)

Hazánkban az említett kutatók mellett Ádám, Sz. és Győrffy, Zs. (Győrffy és Ádám, 2006) foglalkozik az orvosok -elsősorban az orvosnők- és Pikó, B. valamint Szicsek, M. (Pikó 2001, Szicsek 2004) az ápolók, illetve

bizonyos ápolói csoportok életminőségének -elsősorban kiegészítésének és munka-stresszének, valamint szerepkonfliktusainak- vizsgálatával.

Jelen kutatásunkban az egészségügyi dolgozók -2006-ban felmért- testi és lelki állapotáról, életminőségéről kívántunk áttekinthető képet adni úgy, hogy a mutatókat összehasonlítottuk a nem egészségügyi dolgozókéival, illetve bizonyos kérdéseket tekintve a 2002-es mutatókkal is.

Az eredmények egy része igazolta hipotézisünket, vagyis azt, hogy a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva bizonyos mutatókban rosszabb a testi és lelki állapot, rosszabb a családi helyzet, illetve nem igazán valósul meg a család támogató funkciója. Ennek oka lehet a kifejezetten nagyobb munkaterhelés, a több műszak, ami nem kedvez a családi kapcsolatok ápolásának, és általában a kiegyensúlyozott magánélet lehetőségének. Bizonyos pszichoszomatikusnak is tartható betegségeknek -allergiás megbetegedések, magas vérnyomás- a kontrollcsoportéhoz viszonyított magasabb aránya is a családi és munkahelyi túlterheltségre utal, illetve

arra, hogy az egészségügyi dolgozók, akik mintánkban túlnyomó többségben középkorú nők, nehezen tudnak megbirkózni az ebből fakadó terhekkkel. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a gyereknevelés mellett az idős szülők gondozása is erre a korcsoportra hárul.

Ugyanakkor bizonyos betegségek –szív-betegségek, rák– alacsonyabb aránya arra utalhat, hogy az egészségi állapotra való nagyobb odafigyelés (pl. helyben vannak a diagnosztikai eszközök) eredményes. Valószínűleg a családtagok egészségi állapotára is jobban odafigyelnek az egészségi dolgozók, hiszen nagyobb betegség jóval kisebb mértékben érintette őket az elmúlt években, mint a kontrollcsoport tagjait és családait. A reumatikus, valamint egyéb izom- és csontrendszeri megbetegedések alacsonyabb arányban való előfordulása viszont meglepetés, hiszen a nemzetközi szakirodalomban az egészségügyi dolgozók nagyobb veszélyeztetettsége, és ezzel kapcsolatos rossz eredmények hangsúlyozottan jelennek meg, elsősorban az izom- és csontrendszeri betegségek vonatkozásában. Ennek oka a nagy fizikai megterhelésben kereshető, amely magában foglalja a betegek rendszeres emelését, mozgatását is (Hepniemi et al., 2007).

Bizonyos mutatókban jelentős javulás észlelhető, és ez összefügghet azzal a ténnyel, hogy a felmérés időpontjában (2006-ban) még nem jelentkezett az egészségügyben jelenleg általánossá vált létbizonytalanság. Viszonylagos kiegyensúlyozottságban dolgozhattak az egészségügyi dolgozók, amit a néhány évvel azelőtti, jelentős közalkalmazotti béremelés is alátámasztott. Az egészségügyi dolgozók így nagyobb biztonságban érezhették magukat. Emellett a privatizációval megkezdődött az önállósodás, lehetővé vált a „több lábon állás”, ilyen pl. a kórházi állás mellett a házi szakápolásban végzett, nagyobb döntési lehetőséggel járó munka (amely persze ugyanakkor nagyobb önkiszákmányolással járt együtt). Erre utal az a válasz is, hogy szignifikánsan kevesebben veszi-

tették el a munkájukat ebben az időszakban az egészségügyi dolgozók közül, mint a kontrollcsoportban, és jóval kevesebben panaszkodtak az anyagi helyzetük romlására (igaz, hogy jelentős javulást sem észleltek).

Egészségi állapotukat jobbnak ítélték, mint 2002-ben, és a kontrollcsoporthoz viszonyítva is, a WHO Jólét skála, valamint a megbízhatósággal kapcsolatos értékek növekedése is erre utal.

A társas támogatást vizsgálva összességében az látható, hogy a nehéz helyzetekben nem elsősorban a családra számíthatnak az egészségügyi dolgozók. Az egyik legérdekesebb eredmény, hogy a WHO Jólét skála pozitív eredményei mellett nem növekedett az általános elégedettség-érzés, ami utalhat a hagyományos társadalmi értékek és normák felbomlására, a lelki „kapaszkodók” hiányára, a média zűrzavaros szerepére, és még sok minden másra. Mivel ez mindkét csoportot érinti, nem csak az egészségügyi dolgozókat, ezért úgy hisszük, hogy a probléma nagyobb figyelmet igényel, és túlmegegy jelen tanulmányunk határain.

Felmérésünk elsődleges látletnek tekinthető. A jövőben érdemes lesz a vizsgálatot elmélyíteni, pl. a diplomás és nem diplomás egészségügyiek és nem egészségügyiek viszonylatában. Még izgalmasabbnak tűnik az a –már elkezdett– felmérés, amely az egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotával foglalkozik a 2007-es, az egészségügyi rendszer átalakítását célzó reform és ennek egzisztenciális hatásai tükrében.

A kutatást a szerzők az OTKA TS-049785 és az NKFP 1b/020/2004 pályázatok támogatásával végezték.

A tanulmány módosított változata az *Esélyerősítés és életminőség c. könyvben megjelenő fejezetnek. Semmelweis Kiadó, szerk. Kopp Mária, várható megjelenés 2008.*

Irodalomjegyzék

1. Györffy, Zs., Ádám, Sz. (2006): Az életminőség alakulása az orvosnői hivatásban.
In: Kopp M -Kovács M (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 314-323.
2. Heponiemi, T. Elovainio, M. Manderbacka, K. et al. (2007): Relationship between unemployment and health among health care professionals: Health selection or health effect?
Journal of Psychosomatic Research 63: 425-431.
3. Hegedűs, K., Riskó, Á., Mészáros, E. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota.
Lege Artis Medicinae, 14 (11): 786-793. és bővebben In: Kopp, M., Kovács, M. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 302-313.
4. Kopp, M., Kovács, M. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.
Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 539-550.
5. Kovács, M. (2006): Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban.
Pszichoterápia 15 (1): 19-25.
6. Kovács, M. (2006): A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében.
Lege Artis Medicinae, 16 (11): 981-987.
7. Pikó B (2001): A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás.
Lege Artis Medicinae, 2001, 11: 318-325.
8. Szabó, N., Szabó, G., Hegedűs, K. (2007): Interdiszciplinaritás - munkahelyi stressz - holisztikus szemléletű ellátás.
Lege Artis Medicinae, megjelenésre elfogadva.
9. Szicsek, M. (2004): Kiégés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában.
Kharón Thanatológiai Szemle 2004; 8(1-2): 88-131.

Are health workers healthier? A comparative study (2002-2006)

Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., Kopp, M.

The research gives an overview of the state of health and quality of life of 172 health workers who participated in the Hungarostudy survey conducted – in 2006 – by the Semmelweis University, by comparing their indicators with those of non-health workers, and in respect of certain aspects, with the data from a similar survey conducted in 2002. Besides a self-estimation of respondents' family and health status, and general questions regarding illnesses, the survey also extended to cover welfare, life events, levels of social support, and contentedness. The wide variety of outcomes shows that, in addition to family and work relationships, just how the closely linked an individual's current social, financial and social position are with his or her physical and psychological state.

Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága

Szabó Nóra

egyetemi okleveles ápoló, oktatásfejlesztő, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Dr. Hegedűs Katalin Ph.D.

igazgatóhelyettes, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Szabó Gábor

pszichológus, közgazdász, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Dr. Kopp Mária MD. Ph.D.

egyetemi tanár, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Összefoglaló

A krónikus stressz okozta idő előtti halálozás miatt egyre nagyobb a jelentősége a munkahelyi stressz és a társas támogatottság kérdéskörének. A szerzők két kérdőíves összehasonlító vizsgálat eredményei alapján elemzik az ápolók és más egészségügyi dolgozók, valamint két különösen veszélyeztetett ápolói csoport (hospice ápolók és idős betegeket ápolók) munkahelyi stressz-állapotát és társas támogatottságát. Az eredmények alapján kijelenthető, hogy az ápolók mind a munkahelyi stressz, mind a társas támogatottság szempontjából kedvezőtlen helyzetűek, ezért a munkahelyi stressz okozta egészségkárosodások vonatkozásában a magas kockázatú csoportok közé tartoznak. Ennek következtében az egészségügyi intézményekben egyre nagyobb a jelentősége az interdiszciplináris szemlélet kialakításának és fejlesztésének. A szerzők kiemelik más szakterületek képviselői bevonásának, elfogadásának, a stressz-csökkentő technikák elsajátításának szerepét, illetve kitérnek az ilyen csoportokban való részvételi lehetőségek munkahelyi elősegítésére is.

Kulcsszavak: egészségügyi dolgozók, ápolók, hospice ápolók, idős betegeket ápolók, munkahelyi stressz, társas támogatás

Előzmények

Számos tanulmány bizonyítja a stressz egészségre gyakorolt káros hatásait. Toffler ezt már a hetvenes években az élet felgyorsult változásainak eredményeként említi „Jövő sokkja” című könyvében (Toffler, 1976). Napjainkban egyre több és mélyrehatóbb tanulmány foglalkozik a stresszel, a munkahelyi stresszel és azok társadalmi, valamint egészségkárosító hatásaival (Caldwell, 1987; Balog, 2003; Németh, 2005; Kopp, Réthelyi, 2004; Kopp, Kovács, 2006; Bosma, 1998; Schnall, 2000; Peter, 2002; Pikhart, 2004; Siegfriest, 1996). A munkahelyi stressz okozta megbetegedések jelentősége nemcsak az egyén szintjén jelenik meg, hanem a munkából való kiesett

napok számának növekedésével párhuzamosan, egyre sürgetőbb megoldást igénylő társadalmi problémaként is. Az egészségkárosodás hatására az egyén munkabizonytalansági spirálba kerülhet, melynek következményeként (és újabb stressz-faktorként) csökkenhet az esély az egészséges életvitel és a korábbi életkörülmények fenntartására.

A szakirodalom szerint a foglalkozási csoportok között az ápolók munkahelyi stressz mértéke kiemelten magas (Leppanen, 1987; Bakker, 2000; Hasselhorn, 2004; Pikó, 2001). Hegedűs és mtsi (2004) tanulmánya szerint a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók, különösen az ápolók testi és lelkiállapota rosszabb, mint a nem súlyos betegekkel foglalkozóké.

Jelen tanulmányunkban az egészségügyi dolgozók, kiemelten az ápolók munkahelyi stressz-állapotával, társas támogatottságával foglalkozunk.

Kutatásunk céljai, hipotézisei, módszerei

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének tudományos iskolája országos reprezentatív egészségfelméréseket végzett 1988-ban, 1995-ben, 2002-ben és 2006-ban, több mint 12000 fős mintán. Ezt a felmérést nevezzük Hungarostudy vizsgálatnak.

Jelenlegi kutatásunk két felmérést foglalt magába.

Az első vizsgálat a Hungarostudy 2006 keretében a kérdésekre válaszoló egészségügyi dolgozók körében történt meg. Ennek célja az volt, hogy **az ápolók munkahelyi stressz-állapotát és társas támogatottságát összevessük a nem ápoló munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozókéval.** Hipotézisünk szerint az ápolók a nem ápoló egészségügyi dolgozóknál rosszabb helyzetben vannak a munkahelyi stressz és a társas támogatottság szempontjából. A felmérésben ápolók (N=78) és nem ápoló egészségügyi dolgozók (N=94) szerepeltek. A részletesebb elemzés előtt szükséges az ápolói, illetve a nem ápoló egészségügyi dolgozók csoportjába sorolt minta definiálása. A kérdőívre válaszoló, magukat egészségügyi dolgozónak vallott személyek száma összesen 272 fő volt. A feldolgozás során viszont kiderült, hogy közülük 100 fő ugyan az egészségügyi ellátó rendszerben dolgozik, de nem egészségügyi dolgozóként, hanem pl. adminisztrátorként, betanított munkásként, főkönyvelőként, gépkocsivezetőként, kazánfűtőként, mosónőként, takarítóként. Miután megtörtént a foglalkozások alapján az egészségügyi dolgozók összességének meghatározása, elkülönítettük az ápolói csoportot: ide soroltuk a magukat ápolónak, ápolónőnek, nővérnek, segédápolónak megnevezőket. A nem ápoló egészségügyi dolgozók csoportjába azok az egészségügyi

dolgozók kerültek, akik foglalkozásukat tekintve nem ápolók (a továbbiakban: egészségügyi dolgozók, ebbe a csoportba tartozik pl. a fogorvos, fogtechnikus, gyermekorvos, gyógyszerész, védőnő). Az egészségügyi dolgozók esetében a férfiak aránya 17,0 %, a nők aránya 83,0 %, az ápolóknál pedig a férfiak aránya 7,7 %, a nők aránya 92,3 % volt. A vizsgálatban résztvevő nem ápoló egészségügyi dolgozók átlagos életkora 46,3 év, az ápolóké 48,4 év (szórás: 15,69) volt. Végzettséget tekintve az ápoló és a nem ápoló egészségügyi dolgozók között jelentős különbséget találtunk (I. táblázat).

I. táblázat: Ápolók és más egészségügyi dolgozók iskolai végzettségének összehasonlítása

Iskolai végzettség	u szign.= 0,000		Összesen
	Éti. dolgozók (nem ápolók)	Ápolók	
kevesebb, mint 8 osztály	1		1
8 osztály	2	5	7
szakmunkásképző, szakiskola	7	20	27
szakközépiskolai érettségi	35	33	68
gimnáziumi érettségi	19	14	33
főiskolai vagy egyetemi diploma	30	6	36
Összesen:	94	78	172

Az ápolók iskolai végzettsége átlagosan alacsonyabb, mint a többi egészségügyi dolgozóé. Az észlelt különbségek és a minta csekély nagysága miatt az adatok feldolgozása korra és végzettségre kontrollálva történt meg. A vizsgálatban használt mérőeszközök a következők voltak:

- elégedettség (Rahe, Tolles, 2002, Skrabski, 2004),
- társas támogatás (Caldwell, 1987, Kopp, 2000),
- munkahelyi stressz (Siegrist, 1996, Salavecz, 2006) kérdőívek (Kopp, Kovács, 2006, Salavecz, 2006).

A Rahe-féle stressz és megbirkózás kérdőív elégedettség blokkja a munkahellyel, anyagi

helyzettel, társas kapcsolatokkal, lakással és környékkel kapcsolatos elégedettséggel foglalkozott.

A Caldwell-féle társas támogatás kérdőív a családi, családon kívüli és egyházi vagy polgári csoport támogatottságára adott választ.

A Siegrist-féle munkahelyi stressz kérdőív segítségével a munkatársak külső erőfeszítéseire, vélt jutalmaira, és belső erőfeszítéseire kaphattunk választ. A külső erőfeszítések skála a nagy túlterheltség miatti időzavarra, munkával kapcsolatos erőfeszítésekre és a munka félbeszakításakor keletkezett zavaró érzésekre kérdezett. A jutalom skála a megérdemelt megbecsülést, a munkahelyi előléptetés lehetőségét, a munkahelyi helyzet változásait és az erőfeszítések viszonylatában mért jutalmakat vette górcső alá. A belső erőfeszítések skála az időzavar miatti túlterheltséggel, a munka utáni kikapcsolódás lehetőségeivel, a közelállók vélemény nyilvánításaival és az el nem végzett munkával kapcsolatos érzelmi viszonyulásokkal foglalkozott.

A második felmérésünk két – súlyos betegekkel foglalkozó, tehát különösen veszélyeztetett – ápolói csoport: **a hospice ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók összehasonlító vizsgálata**. A vizsgálat célja e két csoport szakmai és társadalmi megbecsültségének, elégedettségének, vitális kimerültségének, társas támogatottságának és munkahelyi stressz-állapotának az összehasonlítása volt. Hipotézisünk szerint a hospice ápolók kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátó ápolók, elégedettségük, vitális kimerültségük, társas támogatottságuk, munkahelyi stressz-állapotuk, valamint szakmai, társadalmi elismertségük tekintetében egyaránt. Hipotéziseinket arra alapoztuk, hogy míg a hospice és az idős betegeket ellátó osztályokon hasonló lehet a betegek ellátási szükséglete és az ápolói munka is, addig a két szakterület képzési, ellátási tevékenységeiben és szemléletében jelentős különbségek vannak.

A vizsgálat 24 kérdéscsoportot tartalmazó, önkitöltős kérdőív önkéntes és

névtelen kitöltésével történt három hospice osztály (N=24) és négy, idős betegeket ellátó, véletlenszerűen választott osztály (N=50) ápolói körében, budapesti és miskolci helyszíneken. A homogén csoportok biztosítása érdekében a felmérés kizárólag fekvőbeteg ellátó osztályok ápolóit célozta meg. Ennek oka az, hogy a járóbeteg szakellátás, a házi ápolási és otthoni hospice szolgálatok ápolóinak munkája, kapcsolatrendszere, munkaideje és egyéb külső befolyásoló tényezők megkérdőjelezhetők volna a csoportok összehasonlíthatóságát.

A vizsgálati minta nem szerinti megoszlásra jellemző a férfiak igen alacsony aránya (a férfiak aránya 6,2 %, a nők 93,2 %). A felmérésben részt vevők átlagéletkora 40,2 év (SD=11,85). A kérdőívet kitöltők 6,76 százaléka általános iskolai, 78,38 százaléka közép-, 14,86 százaléka felsőfokú iskolai végzettségű volt. Hasonlóan az első felmérés eredményeihez, az ápolók többsége középiskolai végzettségű.

A kérdőív demográfiai kérdéseket, szakmai és társadalmi megbecsültséggel kapcsolatos kérdéseket, elégedettség (Rahe, Tolles, 2002, Skrabski, 2004), vitális kimerültség (Appels, Mulder, 1988, Kopp, 1998), társas támogatás (Caldwell, 1987, Kopp, 2000) és munkahelyi stressz (Siegrist, 1996, Salavecz, 2006) kérdőíveket tartalmazott.

A demográfiai kérdések nemre, korra, iskolai végzettségre vonatkoztak. A szakmai és társadalmi megbecsültségre vonatkozó kérdések más egészségügyi szakdolgozók és a társadalom általános, vélhető elismerésének önbecslését célozta. A Rahe-féle stressz és megbirkózás kérdőív elégedettség blokkját, a Caldwell-féle társas támogatás kérdőív, valamint a Siegrist-féle munkahelyi stressz kérdőív tartalmáról az első felmérés pszichometriai mérőeszközeinél már szó volt; a vitális kimerültség kérdőív a fáradtságra, gyengeségre, irritáció érzésére, kedvetlenségre kérdezett rá.

Az adatok feldolgozása a vizsgálat mindkét keresztmetszeti felmérése esetében SPSS 11.0.1. programcsomag segítségével történt.

II. táblázat: Ápolók és más egészségügyi dolgozók összehasonlító vizsgálata

Skálák, kérdések	Teljes minta			Nők		
	Átlag		Main effect sign. (Kontrol- lálva korra és végzettségre)	Átlag		Main effect sign. (Kontrol- lálva korra és végzettségre)
	Eü. dolgozó (nem ápoló)	Ápoló		Eü. dolgozó (nem ápoló)	Ápoló	
Elégedettség 2006 (0-10)	7,0	6,1	0,029	7,0	6,2	0,068
Társas támogatás, család 2006 (0-12)	5,9	5,3	0,620	6,0	4,9	0,416
Társas támogatás, családon kívül 2006 (0-18)	8,4	8,1	0,949	8,8	8,1	0,529
Társas támogatás egyházi, polgári csoport 2006 (0-6)	1,0	0,5	0,085	1,0	0,5	0,046
Társas támogatás, 2006 (0-36)	13,7	13,3	0,981	14,1	12,7	0,686
Munkahelyi stressz, Külső erőfeszítés (3-15)	6,7	8,0	0,117	6,2	8,0	0,045
Munkahelyi stressz, Belső erőfeszítés (6-24)	13,1	13,4	0,619	12,7	13,2	0,438
Munkahelyi stressz, Jutalom (6-30)	21,7	20,7	0,804	22,2	21,4	0,882
N=	94	78		78	72	

Eredmények

Az ápolók és a nem ápoló egészségügyi dolgozók összehasonlító vizsgálatának eredményei

A Hungarostudy 2006 kérdőív kérdéseire válaszoló egészségügyi dolgozók és ápolók összehasonlító vizsgálatának eredményeit a II. táblázat tartalmazza. E szerint az egészségügyi dolgozók (nem ápolók) szignifikánsan ($p=0,029$) elégedettebbek, mint az ápolók. A társas támogatottságot, valamint a munkahelyi stressz értékeit tekintve a teljes mintára vonatkoztatva nem találtunk jelentős különbségeket a két vizsgált csoport eredményei között, érdekes eredményeket kaptunk viszont abban az esetben, ha külön elemeztük a vizsgálati csoport nagyobb hányadát alkotó nők mutatóit. Jelentős különbséget észleltünk az egyházi, polgári csoporttól kapott támogatás terén, ugyanis az egészségügyi dolgozó nők (nem ápolók) csoportjának egyházi, polgári csoporttól kapott támogatása jóval nagyobb ($p=0,046$), mint az ápolónőké. Ugyanakkor az ápolók csoportjába tartozó nők munkahelyi stressz

értéke a külső erőfeszítések skálán jóval nagyobb ($p=0,045$), mint a más egészségügyi dolgozóké.

A hospice ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók összehasonlító vizsgálatának eredményei

E két ápolói csoport vizsgálatának legfontosabb eredményei a III. táblázatban láthatók. Az idős betegeket ellátó ápolók munkahelyi stressz értéke nagyobb (a külső erőfeszítések skálán $p=0,034$, a belső erőfeszítések skálán $p=0,035$), mint a hospice ápolóké. Társas támogatottságuk tekintetében a hospice ápolók kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátók ($p=0,048$). Az eredmény érdekessége az, hogy éppen a családon kívüli támogatottságban –a munkahelyi társas támogatottság is ide tartozik– lehetők fel jelentős különbségek. A munkaképes korúak többsége, így a felmérésben szereplő, ápolóként dolgozók is a napi elfoglaltságuk jelentős részét a munkahelyükön töltik, így a családon kívül kapható társas támogatások között jelentős szerepe van a munkatársak támogatásának. A hospice és az idős betegeket ellátó ápolók szakmai és társadalmi

III. táblázat: Hospice ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók összehasonlító vizsgálata

Skálák, kérdések	átlag		F-szign.	t-szign.
	csoporttípus			
	Idősellátás	Hospice		
Szakmai megbecsültség (0-3)	1,1	1,3	0,012	0,498
Társadalmi megbecsültség, (0-3)	1,0	1,2	0,001	0,467
Fizikai munka nehézsége (0-3)	2,4	2,2	0,246	0,158
Elégedettség (Rahe) (0-14)	8,6	8,1	0,677	0,353
Vitális kimerültség (0-5)	3,2	2,5	0,462	0,068
Társas támogatás (0-42)	10,5	13,1	0,658	0,048
Társas támogatás, családi (0-18)	5,2	5,5	0,538	0,720
Társas támogatás, családon kívüli (0-18)	4,8	7,3	0,249	0,008
Társas támogatás, egyházi vagy polgári csoporttól (0-6)	0,4	0,4	0,797	0,935
Munkahelyi stressz, summa (16-74)	44,1	39,9	0,676	0,112
Munkahelyi stressz, külső erőfeszítés (3-15)	9,1	7,3	0,959	0,034
Munkahelyi stressz, jutalom (7-35)	19,7	19,6	0,850	0,931
Munkahelyi stressz, belső erőfeszítés (6-24)	15,2	13,0	0,554	0,035

megbecsültségében, valamint az elégedettségük tekintetében a hipotézis feltételezésével ellentétben nem találtunk jelentős különbséget.

Megbeszélés

A stressz az életet és az egészségi állapotot erősen befolyásoló tényező. A krónikus stressz az idő előtti halálozás egyik jelentős oka közép-kelet Európában (Kopp, Réthelyi, 2004), ezért egyre nagyobb a jelentősége a munkahelyi stressz kezelésének, a társas támogatottságnak és a más szakterületek képviselőit is elfogadó munkahelyeknek. Egyes foglalkozási körökben a dolgozók munkahelyi stressz szintje magasabb, mint más munkakörökben dolgozóké, például egy kanadai vizsgálat szerint az egészségügyben az ápolók stressz-szintje a legmagasabb, ami a nagy pszichés megterhelésnek, az alacsony társas támogatásnak és a munka magas szintű bizonytalanságának tudható be (Sullivan, 1999).

Az ápolók munkahelyi stressz-állapotával, elégedettségével és társas támogatott-

ságával számos más tanulmány is foglalkozik (Vishwanath, 1999; Kaarna, 2004; Verschuren, 1997; Hemingway, 1999; Pikó, 2001). Egyes szerzők az ápolók munkahelyi stressz szintjét növelő tényezőiként a munkahelyi szerepkonfliktusokat, a túlterheltséget és a társas támogatás hiányát (Vishwanath, 1999), valamint a nagy felelősséggel és a kevés döntési lehetőségekkel járó munkát (Verschuren, 1997) említik. Siegrist szerint a munkahelyi erőfeszítések és a jutalmak arányának meghatározó szerepe van a munkahelyi stressz mértékére. Amennyiben nagy erőfeszítések kevés jutalommal járnak együtt, magas munkahelyi stressz szinttel számolhatunk (Siegrist, 2004).

Tanulmányunkban az ápolók és más egészségügyi dolgozók, valamint két, különösen veszélyeztetett ápolói csoport, a hospice ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók körében történt meg az összehasonlító vizsgálat.

Eredményeink szerint az egészségügyi dolgozók (nem ápolók) szignifikánsan elégedettebbek, mint az ápolók. Az ápolók -átlag-életkorukat tekintve- idősebbek, mint a nem ápoló egészségügyi dolgozók csoportjába

tartozók, és iskolai végzettségük is alacsonyabb. Ismert tény, hogy az idősebbeknek és az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőknek kisebb az elégedettségük, mint a fiatalabb, magasabb végzettségű csoportoknak (Kopp, Kovács, 2006).

Az egészségügyi dolgozó, de nem ápolói munkakörben foglalkoztatott nők egyházi, polgári csoporttól kapott támogatása jóval jelentősebb, mint az ápolónőké, és az ápolók csoportjába tartozó nők munkahelyi stressz értéke a külső erőfeszítések skálán jóval nagyobb, mint a más egészségügyi dolgozóké. Az ápolók túlterheltsége, időbeosztása (a nappali és éjszakai műszakok sokszor kiszámíthatatlan rendszere, váltakozása) magyarázhatja a polgári, vagy egyházi csoportokkal való korlátozott kapcsolattartási lehetőségeket, míg más egészségügyi dolgozóknál az időbeosztás többségében (az ügyeleti rendszertől eltekintve) nem jelent akadályoztatást.

Vizsgálatunk első részének feltételezései a teljes vizsgált mintára vonatkozólag nem igazolódtak, azonban a vizsgálati csoport nagyobb hányadát alkotó nők eredményeit vizsgálva különbségek mutatkoztak mind a társas támogatottság, mind a munkahelyi stressz mértékében. Ezek a különbségek a hipotézisben megjelölt viszonyoknak megfelelően az ápolók kedvezőtlenebb helyzetére mutatnak.

A vizsgálat második részében hospice ápolók és idős betegeket ellátó ápolók körében történt meg az összehasonlító vizsgálat. Elsősorban a képzési, ellátási tevékenységek és a szemlélet különbségei miatt vizsgáltuk meg ezt a két csoportot. A különbségek egyrészt a képzés tantárgyainak összetételéből és tartalmából, másrészt az ellátási terület szakembergárdájának összetételéből és egymáshoz való viszonyából is adódhatnak. A kétféle ellátási terület mindennapjait alapvetően meghatározó különbség az, hogy amíg a hospice osztályokon az interdiszciplináris team munka preferált és szabályozott¹, jelentős szerepet kap az orvosi szakértelem (fájdalomcsillapítás, tüneti kezelés), a pszichés és szociális ellátás, addig ez az idős

betegeket ellátó osztályokra nem jellemző. Emellett a hospice-okban általánosnak tekinthető a munkatársak „lelki gondozása” esetmegbeszélés, szupervízió stb. formájában. Eredményeink szerint társas támogatottságuk tekintetében a hospice ápolók egyértelműen kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátó ápolók, és a társas támogatás elsősorban a munkahelyhez köthető. Az idős betegeket ellátó ápolók munkahelyi stressz értéke szignifikánsan magasabb, mint a hospice ápolóké.

Kaarna, Pölluste és munkatársai felméréseinek eredményei szerint negatív korreláció van a munkahelyi elégedettség és a munkahelyi stressz, valamint a valószínűtlen remények között (Kaarna, 2004), ennek megfelelő eredményt kaptunk mi is vizsgálatunk első részében (nemekre vonatkoztatva). Hemingway és Smith szerint a pozitív munkahelyi légkörben az ápolók stressz szintje alacsonyabb (Hemingway, 1999) és Helgeson is a társas támogatás stressz csökkentő hatásáról számol be (Helgeson, 2003).

Tanulmányunk eredményei alapján kijelenthető, hogy az ápolók mind a munkahelyi stressz, mind a társas támogatottság szempontjából kedvezőtlen helyzetűek, ezért a munkahelyi stressz okozta egészségkárosodások magas kockázatú csoportjai közé tartoznak. Így egyre nagyobb a jelentősége az egészségügyi intézményekben az interdiszciplináris szemlélet kialakításának, fejlesztésének, más szakmai területeket képviselő személyek bevonásának, elfogadásának, a stressz-csökkentő technikák megtanításának és a stressz csökkentésére irányuló foglalkozások igénybevételei lehetőségének megteremtésének.

A kutatást a szerzők az OTKA TS-049785 és az NKFP 1b/020/2004 pályázatok támogatásával végezték.

A tanulmány módosított változata az Esélyerősítés és életminőség c. könyvben megjelenő fejezetnek. Semmelweis Kiadó, szerk. Kopp Mária, várható megjelenés 2008.

1 15/2004. (III. 8.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról. Magyar Közlöny, 2004. 26. sz. I. és II. kötet

Irodalomjegyzék

1. Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J. & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 31: 884-892.
2. Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88: 68-75.
3. Caldwell RA. Pearson JL, Chin RJ. (1987) Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 1: 5-17.
4. 15/2004. (III. 8.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny*, 2004. 26. sz. I. és II. kötet
5. Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P. & Peter, R. (2004). Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int J Occup Environ Health*. 10: 401-408.
6. Hegedűs Katalin - Riskó Ágnes - Mészáros Eszter (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14. (11): 786-793
7. Helgeson VS. (2003) Social support and quality of life. *Qual Life Res*, 125: 25-31.
8. Hemingway, M., & Smith, C. (1999). Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72(3), 285-296.
9. Kaarna, M., Pölluste, K., Lepnurm, R., Thetloff, M. (2004). The progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia. *International Journal for Quality in Health Care*, 16: 253-261.
10. Kopp M, Kovács M (szerk) (2006) A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, Budapest
11. Kopp MS., Réthelyi J. (2004). Where psychology meets physiology: chronic stress and prenatality-mortality-the Central-Eastern-European health paradox, *Brain Research Bulletin*, 62, 351-367.
12. Leppanen R. A., Olkinoua MD. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scand J Work Environ Health*, 13: 1-8.
13. Németh Erzsébet (2005). Munkahelyi stressz. avagy Mentális járvány fenyeget. *Látélet*. 2005/4
14. Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C. & Theorell, T. (2002). Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models into the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56: 294-300.
15. Piroška Balog, Imre Janszky, Constanze Leineweber, May Blom, Sarah P Wamala, Kristina Orth-Gomer (2003). Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study, *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 113-119
16. Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y. & Marmot, M. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*. 58: 1475-1483.

17. Pikó B (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11:318-325.
18. Salavecz Gy, Neculai K, Rózsa S, Kopp M (2006). Az erőfeszítés-jutalom-egyensúlytalanság kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7., 3: 231-246.
19. Schnall, P. L., Belkic, K., Landsbergis, P. & Baker, D. (2000). The work-place and cardiovascular disease. *Occupational Medicine*. 15: 24-68.
20. Siegrist J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
21. Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of Effort-Reward Imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8): 1483-1499.
22. Sullivan, T., Kerr, M., & Ibrahim, S. (1999). Job stress in healthcare workers: Highlights from the National Population Health Survey. *Hospital Quarterly*, 2(4), 34-39.
23. Toffler, A. (1976), *Future Shock*. London, Pan Books.
24. Verschuren, PJM., Masselink, H. (1997). Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Soc Sci Med*, 45: 1135-1138.
25. Vishwanath, V., Baba, B., Galperin, L. et al (1999). Occupational mental health: a study of work related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36: 163-169.

Levels of stress and social support among health workers

Szabó, N., Hegedűs, K., Szabó, G., Kopp, M.

As a result of premature mortality resulting from chronic stress, questions related to stress at work and levels of social support are taking on a growing importance. Based on a comparative study of two questionnaires, the authors analyse the levels of job-related stress and social support among nurses and other health workers, as well as two particularly exposed groups of nurses (hospice nurses and those caring for the aged). Based on the results it can be concluded that nurses are in an unfavourable situation from the point of view of both stress at work and the social support that they receive, and therefore in terms of damage to health arising from stress at work, they belong among the high risk groups. As a result, the need to implement and develop of a multidisciplinary approach is gaining urgency in healthcare institutions. The authors highlight the need to involve representatives of other specialist fields, and take on board their input, as well as the importance of training in stress reduction techniques. They also touch on the fact that employers need to facilitate participation in such courses.

Key words: health workers, nurses, hospice nurses, carers of the aged, stress at work, social support

A stressz inkontinencia hatása a nők életminőségére és magatartási attitűdjeire

Kissné Kocsis Anikó

diplomás ápoló, Zala Megyei Kórház, Infektológia osztály

Összefoglaló

A vizsgálat célja: tájékozódás az inkontinenciában szenvedő nők körében a betegségükkel kapcsolatos ismereteikről, orvoshoz fordulásuk gyakoriságáról, továbbá az esetleges különbségek feltárása a fiatalabbak és az idősebbek, a falun és a városban élők között. Cél volt annak vizsgálata is, hogy milyen tényezők gátolják a hölgyeket az orvoshoz fordulásban, valamint hogy az iskolai végzettség szerint van-e különbség a problémával kapcsolatos tájékozottságban.

Vizsgálati módszer és minta: A szerző kvantitatív, leíró statisztikai módszert alkalmazott, a betegek szorongásának mértékét pedig a Beck — féle rövidített depresszió skálával vizsgálta. 150 kérdőívet osztott ki Zalaegerszezen, Szombathelyen, Nagykanizsán az urológiai szakrendelésen inkontinens panaszokkal megjelent hölgyek között. A kérdőív 33 kérdést tartalmazott, melyek között volt feleletválasztós és nyílt kérdés is.

Eredmények: A falun és a városban lakó betegek között a panaszok megjelenése és az orvoshoz fordulás közt eltelt időben jelentős különbséget nem volt. Nincs különbség a fiatalabb és az idősebb betegek orvoshoz fordulási gyakorisága között sem. A nőket az orvoshoz fordulásban gátló leggyakoribb tényező az, hogy az inkontinenciát az élet velejárójának gondolják. A szorongás mértékének vizsgálata során arra az eredményre jutott, hogy a probléma a betegek 86,7% -ban okoz pszichés zavart, de az idősebbek és a fiatalabbak között nincs nagy különbség a szorongás mértékében.

Bevezetés

A Nemzetközi Kontinencia Társaság (ICS: Internacional Continence Society) meghatározása szerint az „inkontinencia” fogalom jelentése: „Olyan önkéntelen vizeletvesztés, amely alkalmatlan időben, illetve helyen történik. Önmagában nem betegség, csak egy tünet, betegséggé akkor válik, ha az akaratlan vizeletcsepegés szociális vagy higiénés gondná válik.”

Az inkontinencia előfordulási gyakoriságára vonatkozóan nincsenek pontos adatok, csak becslések, mert ez a probléma igen gyakran rejtve marad.

Az inkontinencia népbetegség és szocializációs probléma. 2001-ben az INKO-Fórum és a Magyar Védőnők Egyesülete országos felmérést kezdeményezett, melynek megállapításai szerint a felnőtt magyar nők 56%-a

szenved vizeletvesztéstől, tehát ez a probléma hazánkban mintegy félmillió nőt érint. (INKO-Fórum, 2003)

Az inkontinencia tünetegyüttes a köztudatban szégyenbetegségnek számít. Titkolt folyamat, ami a beteget izolálja a környezettől. Kialakulásában anatómiai, izomzatbeli és idegi változások is szerepet játszanak. A leggyakrabban a menopausa időszakában alakul ki.

A probléma felismerése azért is fontos, mert az életminőségre gyakorolt hátrányos hatásai nagyon súlyosak lehetnek. A vizeletvesztéstől szenvedő betegek nem szívesen vesznek részt lakásukon kívüli tevékenységben. Súlyosan gátolhatja a barátaikkal, környezetükkel való kapcsolattartást, és szorongáshoz, depresszióhoz, csökkent önbecsüléshez vezet. A munkahely elvesztése, az inkontinencia-betétek vásárlására fordított költségeket komoly anyagi terheket rónak az érintettekre.

Az elmúlt évtizedben jelentős változás, előrelépés történt a probléma megértésében, az inkontinencia diagnosztikájában és kezelési lehetőségeiben. Ennek ellenére több év telik el az első tünetek megjelenése és az orvoshoz fordulás között. A probléma nagyon gyakran feltáratlan marad, mert a beteg nem beszél róla.

Hazánkban az inkontinencia, mint egészségügyi probléma hosszú időn keresztül „mostohán kezelt” terület volt, és helyenként még napjainkban is elégtelen a háziorvosi szűrés és a megelőzés. A probléma megszüntetését szolgáló műtétek egy részét pedig nem támogatja a társadalombiztosítás.

Az inkontinencia mint „szégyenbetegség”, és hatása a nők magatartási attitűdjére

A szocializáció, és a kisgyermek szobatisztává válása során kezdetben még a székeléssel és vizeléssel kapcsolatos folyamatok nyilvánosak. A szobatisztává válás után a vizelettel szennyezett ruhával, vizeletszaggal kapcsolatos élmények a gyermekkori negatív eseményekhez, élményekhez kötődnek. A környezet, a szülők gyakran gúnyolják, szidalmaznak a gyermeküket, ha ilyen balesetek előfordulnak. Ezt a kudarcot és a belőle fakadó tisztátalanság érzését tekinthetjük a szégyenérzet fő forrásának. A szobatisztaság elérése után minden vizeletvesztéssel járó tünetet titkolni próbálunk.

A szégyenérzet a kultúránkban gyökeres. Ez az érzés ugyanolyan gyötrelmes a betegnek, mint a testi fájdalom. A betegek nem a szégyenérzetet akarják eltitkolni, hanem ami mögötte rejtőzik. A rejtőzködés vágya és a visszahúzódnak lesz úrrá az egyénen, melynek a fő oka, hogy szégyellik az állapotukat. A szégyenérzetet értelmezhetjük úgy is, mint az egyén gyűlöletét önmaga ellen. Freud azt írta a szégyenről, hogy női tulajdonság. A nők a vizeletvesztés miatt érezhetik magukat megbélyegzettnek és gyűlöletesnek is. Ez a mindennapi viselkedésükben is visszatükröződhet.

Véleményem szerint a férfiak a szégyentől nagyobb mértékben szenvednek, ezt 17 év

alatt urológiai osztályon ápolóként szerzett tapasztalataimra alapozom.

A nők életében a nővé válás során elkerülhetetlen az a kapcsolat, ami az intimbetétekhez köti őket. Az akaratlan vizeletvesztés miatt hasonló segédeszközöket használnak, mint a menstruáció során, ez egyfajta hozzászokást eredményez, és a betétviselésben is tapasztalatot szereznek. A férfiak esetében ez a kapcsolat elmarad és teljesen idegen. Tapasztalatom szerint a férfiaknál erősebb a küzdés a betegség ellen, míg a nőknél nagyobb arányú a belenyugvás. A férfiak körében a betegség pszichés terhet növeli, hogy a betétek, pelenkák által gyermeknek és nőnek érzik magukat. A szégyenérzet rejtőzködéssel és visszahúzódnással is jár. A betegek egyedül maradnak a problémájukkal, és nagy százalékuk beletörődik, elfogadja azt.

A vizeletvesztéses tünetegyüttes szorongáshoz, depresszióhoz vezethet. A szorongás társérzései a kisebbségi érzés, tökéletlenség, alkalmatlanság érzése is. Munkám során a betegektől többször hallottam, hogy mennyire kilátástalannak találják a betegségüket, főleg akkor, ha többféle kezelési módszer is hatástalan volt a problémára. A betegek mondatai ilyen esetben segélykérések. Legtöbbször szükség volna a pszichológus segítségére is.

Vizsgálati minta és módszer

A kérdőíves módszerrel történő adatfelvételt a zalaegerszegi, nagykanizsai és a szombathelyi kórház urológiai szakrendelésén az inkontinens panaszokkal orvoshoz forduló nők körében végeztem, 2006. október 15. és 2007. február 10. között. Ismeretlen valószínűségű mintavételi módszerrel választottam ki a célcsoportot, ezen belül célirányos mintavételt alkalmaztam. A három helyszínen, összesen 150 kérdőívet osztottam szét. A kérdőív 33, többnyire zárt kérdést tartalmazott, de voltak feleletválasztós és nyílt kérdések is, a következő csoportosításban:

- Az inkontinencia kialakulásának rizikófaktorai.
- Az inkontinencia súlyossága.
- A beteg tájékozottsága betegségének megelőzésével és kezelésével kapcsolatban.

- A beteg saját megítélése szerint a vizeletvesztés mennyire rontotta az életminőséget.

Eredmények

A nők inkontinens panaszai már 30 év alatt elkezdődnek. A megkérdezettek között a legmagasabb arányban az 51-55, illetve a 60 év feletti korcsoport volt, egyenlő arányban (22%). A vizsgálati minta életkor szerinti megoszlását az 1. ábra mutatja.

A magas testsúly rizikófaktoraként szerepel az inkontinencia kialakulásában. Ezért is fontos a normál testsúly fenntartása helyes táplálkozással, rendszeres testmozgással. A vizsgálatban résztvevők 63 %-nak testsúlya meghaladta BMI-index alapján megállapított normál tartományt.

A betegek egy hatfokozatú skálán jelölhetők meg, hogy mennyire elégedettek az azal az ellátással és kezeléssel, amit jelenleg a panaszuk kezelésére kapnak. 74 % számolt be elégedettségéről, és 26 % volt elégedetlen a kezeléssel.

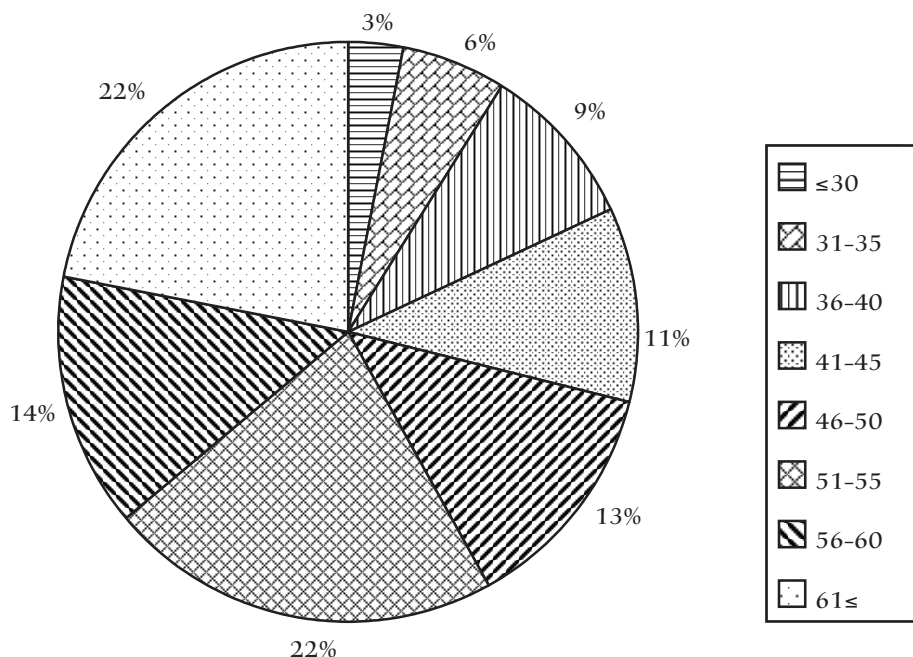
Feltételeztem, hogy a falun lakó betegek később fordulnak panaszaikkal orvoshoz,

mint a városban lakó betegek. Ezt az összefüggést kétmintás t-próbával vizsgáltam. A falun lakók átlagosan 3,3 év elteltével fordulnak orvoshoz, míg a városiak korábban, átlagosan 2,7 év elteltével látogatják meg orvosukat. A t-próba a két csoport közti szignifikáns különbséget azonban nem igazolta, az eltérés közöttük nem tekinthető jelentősnek.

Feltételeztem azt is, hogy az 55 évnél idősebbek később fordulnak orvoshoz, mint a náluk fiatalabbak. A t-próba eredményeképpen megállapítható, hogy az életkor szerint kettéválasztott válaszadók csoportja nem tér el lényegesen abban a tekintetben, hogy milyen későn fordulnak orvosukhoz inkontinencia panaszaikkal, annak ellenére, hogy az idősebbek átlagosan 3,3 év, a náluk fiatalabbak 2,6 év után szánják erre rá magukat.

Magyarországon e témában fellelhető tájékoztató jellegű kiadványok száma elenyésző a külföldön megjelenő szakanyagokhoz képest. Ez a tendencia napjainkban javulást mutat, bár ez még mindig nem elegendő. A vizsgálatban kitértem arra is, hogy a betegek korábban olvastak-e olyan kiadványt, amely a vizeletvesztés megelőzéséről és kezeléséről szól. A kapott válaszok szerint 62 % nem ta-

1. ábra: A vizsgált minta életkor szerinti megoszlása, % (N=150)



lálkozott ilyen jellegű információs anyaggal. A betegek közül főleg a kistelepülésen élők kevés tájékoztatást kapnak a betegség kezeléséről. A falvakban élők 38%-a, míg a városban élők 72 %-a olvasott, vagy látott olyan kiadványt, amelyben tájékoztatják a beteget a probléma megelőzéséről és kezeléséről. Az eredményt nagyon figyelemre méltónak találtam, és felkerestem városban és falun ötöt véletlenszerűen kiválasztott háziorvosi rendelőt. Városban négy, míg a falusi rendelők várójában csupán egy helyen találtam az inkontinenciával kapcsolatos tájékoztató anyagot. Ennek ellenére a falvakban és a városban lakó válaszadóknak is egyaránt kb. 60%-a tisztában van azzal, hogy a betegség gyógyításának többféle módja van. (1. táblázat)

Korábban a vizeletvesztést az életkor velejárójának, és a szülés utáni természetes állapotnak gondolták. A problémát még napjainkban is szégyenbetegségnek tekintik, évekig együtt élnek vele, és még orvosukkal sem nem mernek róla beszélni. A felmérésben ezért azt is vizsgáltam, hogy milyen tényezők gátolják meg a nőket az orvoshoz fordulásban. A válaszok megoszlását az 2. ábra szemlélteti.

A vizeletfelfogására alkalmas eszközök közül a legismertebb és a leggyakrabban használt eszköz az intimbetét, de meglepő módon a megkérdezettek 16,8 % használ vattát, és 4,6 % textil pelenkát. Az egyéb segédeszközök használatára nyílt kérdést tettem fel. A válaszok között szerepelt például WC papír is. Ezek a válaszok felhívják a figyelmet a tájékoztatás fontosságára. A média reklám-

jaiban napi rendszerességgel találkozhatunk betétreklámokkal, de ezek nem mindenkihez jutnak el. A probléma oka egyaránt lehet az igénytelenség, valamint a szociális helyzet is, hiszen ezek a termékek nem olcsók.

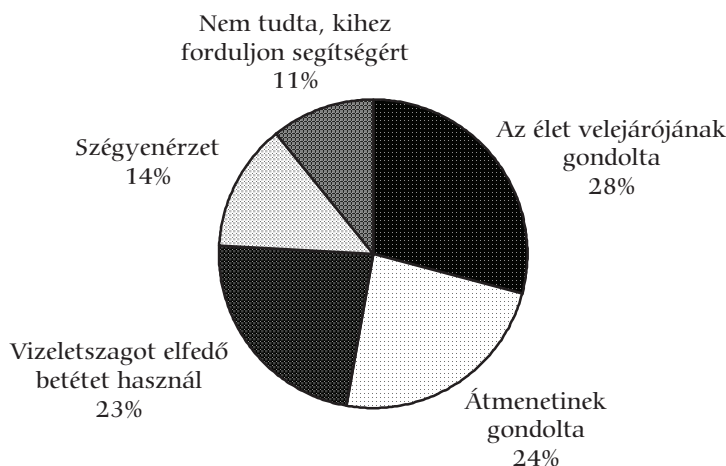
I. táblázat: A falun és városban élők tájékozottsága a probléma kezelési lehetőségeiről, megoszlási viszonyszámok szerint

	falun él	városban él	összesen
Ismeretei szerint többféle kezelési mód létezik	28	55	83
Ismeretei szerint nem gyógyítható, vagy segédeszközzel javíthatnak az állapoton	19	38	57
Összesen	47	93	140
Arány	0,595	0,591	-

A vizeletvesztéssel kapcsolatos szóbeli információt, tájékoztatást a betegek 33,5 %-a kapott az eddigi élete során. Közülük legtöbbször a barátoktól, ismerősektől kapták információt (44%), majd a szakorvosoktól, közülük is elsősorban nőgyógyásztól (30,1%), urológustól (12,4%), és az orvosok közül legalacsonyabb arányban a háziorvostól (8,2%). A legkevesebb információt az iskolai tanulmány során kapták (2,1%).

A megkérdezettek 77 %-a igényli a további tájékoztatást, legtöbbször az orvostól vár-

2. ábra: Milyen tényezők gátolták az orvoshoz fordulást?



II. táblázat: A gátizom-torna ismertsége az inkontinenciában szenvedő nők körében (kontingencia-táblázat)

iskolai végzettség	a gátizom-tornát nem ismeri		a gátizom-tornát ismeri, alkalmazza		sorösszeg
általános iskola, szakmunkásképző	kapott érték	31	kapott érték	40	71
	várt érték	45,13	várt érték	25,86	
szakközépiskola, gimnázium	kapott érték	58	kapott érték	11	69
	várt érték	43,86	várt érték	25,13	
oszlopösszeg	89		51		140

ják ezt. Információs anyaggal többnyire az újságokban és a televízióban találkoztak.

Feltételezem, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező nők informáltabbak az inkontinencia konzervatív kezelési lehetőségeiről, ezen belül is a gátizom-tornáról, mint az alacsonyabban képzett nők, ezért χ^2 próbával vizsgáltam, hogy van-e összefüggés az iskolai végzettség és a gátizom-torna ismertsége között (II. táblázat). Az eredmény 95%-os valószínűségi szintnek megfelelően szignifikáns, vagyis a kapott és várt értékek különbsége nem a véletlen műve.

($\chi^2 = 24,65$ Az eredmény $p < 0,05$ szinten, 95%-os valószínűségi szinten szignifikáns). Ez a hipotézisem igazolást nyert.

Felmérésemben alkalmaztam a Beck-típusú rövidített depresszió skálát is, amellyel a betegek szorongásának mértékét vizsgáltam. Ezt a módszert -mely lényegét tekintve egy strukturálatlan interjú- gyakran alkalmazzák, és általa a vizsgálati személyek cselekvési motívumairól, attitűdjeiről, véleményéről gyűjtenek információkat (III. táblázat).

Az akaratlan vizeletvesztés hatással van a nők magatartási attitűdjeire, és gyakran

III. táblázat: A Beck-típusú depresszió skála rövidített változata

Önértékelő kérdőív

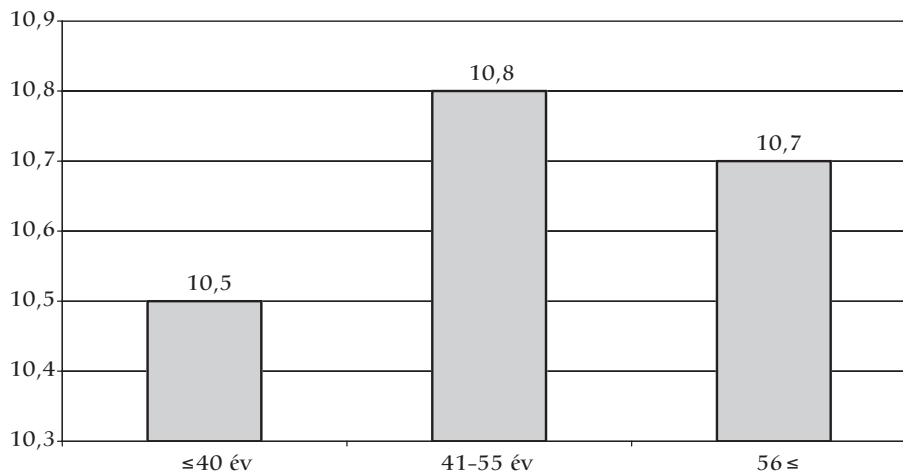
Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat, és minden állítás után jegyezze fel annak a válasznak a pontszámát (a mellékelt pontozó skála alapján), amelyik a legjobban leírja az Ön érzéseit az elmúlt hónap folyamán.

- | | |
|---------------------------|--------|
| • egyáltalán nem jellemző | 1 pont |
| • alig jellemző | 2 pont |
| • jellemző | 3 pont |
| • teljesen jellemző | 4 pont |

1.	Minden érdeklődésem elvesztettem mások iránt.	
2.	Semmiben sem tudok dönteni többé.	
3.	Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.	
4.	Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.	
5.	Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	
6.	Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.	
7.	Úgy látom, hogy jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.	
8.	Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.	
9.	Állandóan hibáztatom magam.	

Értékelés	
0 - 9	normál
10 — 18	enyhe
19 - 25	középsúlyos
≥ 26	súlyos

3. ábra: A Beck-típusú depresszió skála korcsoportok szerinti átlagpontszámai az akaratlan vizeletvesztésben szenvedő nők körében (N=115)



kialakulhat szorongás, depresszió, ami általában enyhe, de súlyosabb formája is előfordulhat. A megkérdezettek 86,7 %-a jelölt meg saját magára nézve igaznak tartott állításokat azok közül a kérdések közül, amelyek a depresszió enyhe, közép súlyos és súlyos tüneteire kérdeznek rá. 14,3% hagyta a feladatot kitöltetlenül, ezért azt a következtetést vontam le, hogy a betegek nagy részénél okoz pszichés zavart a vizeletvesztés.

Hipotézisem szerint az idősebb betegek könnyebben elfogadják az inkontinenciát, mint a korral gyakran együtt járó problémát, míg a fiatalok esetében gyakrabban okoz a betegség lehangoltságot, szorongást, depressziót.

A kérdőívet kitöltő betegek közül 25-en nem adtak választ a depresszió skála kérdéseire, ezért a hipotézis vizsgálathoz kevesebb adat állt rendelkezésre. Az értékelhető 115 válaszadó csoportját az életkor szerint két mintára osztva a t-próba segítségével vizsgáltam azt, hogy a fiatalabb betegek csoportjára átlagosan jobban jellemző-e a depresszió, mint az 51 éves vagy annál idősebb hölgyekre. Azt találtam, hogy a fiatalabbak csoportja átlagosan a depressziós skála valamivel magasabb értékével jellemezhető, mint a náluk korosabb betegek, de a közöttük lévő, mindössze 0,5 értékű különbség nem jelentős.

A Beck-típusú depresszió skálával nyert átlagpontszámokat három életkori csoportra bontva is vizsgáltam, de nem találtam jelentős eltérést a különböző korcsoportokban.

A hipotézisem, mely szerint a vizeletvesztésben szenvedő fiatalok esetében gyakoribb a szorongás, depresszió, nem igazolódott be. (3. ábra) Az a feltételezésem azonban, mely szerint a vizeletvesztésben szenvedő nők között gyakoriak a szorongásos panaszok és a depresszió, ezzel igazolást nyert.

A depresszió súlyosságát vizsgálva megállapítható, hogy a vizsgálatban résztvevők között leggyakrabban az enyhe, kismértékben a közepesen súlyos depressziós tünetek fordulnak elő. (IV. táblázat)

IV. táblázat: Beck-típusú depresszió skála értékeinek megoszlása a vizsgálati csoportban, életkor és súlyossági fok szerint, % (N=115)

Életkor	Normál (0-9 pont)	Enyhe (10-18)	Közepes (19-25)	Súlyos (26 <)
≤ 40 év	33,3	57,1	9,6	0
41-55 év	42,1	57,9	0	0
56 év ≤	51,3	45,9	2,8	0

Felmérésemben vizsgáltam azt is, hogy a válaszadók milyen kezelést kapnak a problémára. A legtöbben műtéti megoldásban részesülnek, a legkevesebben intimitornát alkalmaznak.

Az inkontinencia szociális izoláltsághoz vezet, hiszen a beteget korlátozhatja mindennapi tevékenységében. A kérdőív értéke-

lése során a betegek 31 %-a válaszolta, hogy a probléma nem korlátozza, míg 69 % jelezte, hogy korlátozza életvitelében. A lehetséges válaszokra adott pontszámok megmutatják, hogy a legnagyobb mértékben a napi tevékenységükben okoz zavart a panasz, és közel azonos pontszámmal a társas- és partnerkapcsolatban. A legkevesebben a szabadidős tevékenységet jelölték meg.

Következtetések, javaslatok

Magyarországon több százezer embert érint a vizeletvesztés problémája. Mivel népbetegség, ezért fokozott figyelmet kell fordítani a megelőzésre, gyógyításra, az életminőség javítására. Hazánkban az évek során fejlődött az egészségügyi ellátás minősége, de ezt nem kísérte a korszerű egészségszemlélet kialakulása. A közoktatásban nincs hatékony egészségvédő nevelés. A gyerekek az általános iskolában 2003/2004-es tanévtől kapnak alapvető egészségtani ismereteket, míg a közép- és felsőfokú oktatásban ez a tantárgy többnyire hiányzik a tantervből. A médiának is nagy szerepe van az egészség-

ügyi ismeretek terjesztésében. Több olyan ismeretterjesztő műsor kellene, ami elmondaná, hogy az akaratlan vizeletvesztés problémája sok embert érint, de létezik megoldás, és ezekről tájékoztatást is adna.

Jelenleg az inkontinencia betétek ára a társadalombiztosítás által támogatott, míg a konzervatív kezelési módszereknek, eszközöknek csak kis hányada. A megelőzésre tett szerény kísérletek is nagyobb támogatást igényelnének.

Nekünk ápolóknak, nemcsak a testi ápolásra, de a lelki gondozásra is nagy hangsúlyt kell fektetni. Naponta találkozunk munkánk során átázott fehérneműt, vattát, betétet rejtető betegekkel. Nem szabad elmenünk a probléma mellett, észre kell vennünk azt. Már a megfelelő felvilágosítással is jó eredményeket lehet elérni, ehhez azonban az szükséges, hogy mi magunk korszerű, pontos és széleskörű ismerettel rendelkezünk e kérdésben. További fontos feltétel az akaratlan vizeletvesztésre vonatkozó egységes szemlélet kialakítása az egyes ellátási szinteken, valamint a megelőzés — gyógyítás — rehabilitáció egységének kialakítása.

Tisztelt Szerzőink! Tisztelt Olvasóink!

Tájékoztatjuk Önöket, hogy ez évi

- 3. számunkban a REHABILITÁCIÓ,
- 4. számunkban pedig a HOSPICE ELLÁTÁS

témakörével kívánunk foglalkozni.

Ezért várjuk az ilyen témájú kutatási eredményeiket vagy gyakorlati tapasztalataikat közreadó kézírataikat

a REHABILITÁCIÓ témakörében 2008. március 31-ig,
a HOSPICE ELLÁTÁS témakörében pedig 2008. május 31-ig.

(A kéziratok a Szerzői Útmutatóban foglaltaknak megfelelően szakmai bírálaton esnek át.)

a Szerkesztőség

Irodalomjegyzék

1. Bortolotti, A., Bernardini, B., Colli, E. (2000): Prevalence and Risk Factors for Urinary Incontinence in Italy. Eur Urol 37: 30 - 5 - 4. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Doi=20096>
2. Grischke, E. M. (1999). Női vizeletartási problémák, Golden Book Kiadó, Budapest, 9. oldal
3. Hader, C. et al (2003) Harninkontinenz – Diagnostik, Deutsche Med. Wochenschr. 2003; 128:746-749. <http://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/dmw/doi/10.1055/s-2003-38412.pdf>
4. Hamvas, A (2004) :Beszámoló az Osztrák Kontinencia Társaság 14. kongresszusáról
5. Hunskaar S. et al.: (2004): The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. British Journal of Urology International 93: 324-330
6. Inko Fórum országos felmérése (2003) A nők inkontinenciájának gyakorisága Magyarországon. Inko Inform VIII. évfolyam, 2.szám, 3-7. oldal
7. Kovács, M (2003): Időskori depresszió és szorongás. Springer Tudományos Kiadó, BP., 148. oldal

The impact of stress incontinence on the quality of life and behavioural attitudes of women Kissné Kocsis, A.

Aim of the research: To gather information from women suffering from incontinence regarding their knowledge of their disease, the frequency of their visits to the doctor, and to reveal any possible differences between young and old, as well as the inhabitants of urban and rural settlements. The aims of the research also included a study of what factors prevented the women from approaching a doctor, and whether their level of formal education has any bearing on how knowledgeable they are with regard to their own affliction.

Methodology and sample: The author applied a quantitative, descriptive statistical methodology, and measured the patients' anxiety levels using the short form of the Beck depression inventory. A total of 150 questionnaires were distributed among women attending urology clinics in Zalaegerszeg, Szombathely and Nagykanizsa, with symptoms of incontinence. The questionnaires consisted of 33 questions, including both multiple-choice and open questions.

Results: Among patients living in villages and towns there was no significant difference in the time that elapsed between the emergence of symptoms and the seeking of medical advice. There were also no differences in the frequency of visits to the doctor among younger and older patients. The most common factor preventing women from approaching their doctor was that they regarded incontinence as being an inevitable fact of life. In the course of studying the levels of anxiety, the author concluded that the problem caused a psychological disorder in 86.7% of the patients, but there was no great difference between young and old in terms of the extent of the anxiety.

Az ápolók pszichés terhelése, a stressz hatása a mindennapi feladatokra

Németh Tamás

diplomás ápoló, Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Összefoglaló

A vizsgálat célja: feltárni azt, hogy melyek a legfőbb stresszorok a betegellátó osztályokon dolgozó ápolók körében, és milyen mértékű a súlyos, illetve a kevésbé súlyos betegeket ellátókra háruló pszichés terhelés mértéke, továbbá megállapítani, hogy a fokozott pszichés terhelés befolyásolja-e a pályaelhagyási szándékot.

Vizsgálati módszer és minta: a kutatás önkitöltős, anonim, vegyes kérdéseket tartalmazó kérdőívvel történt, a Vas megyei Markusovszky Kórház hat osztályán dolgozó ápolók között. 60 kérdőív került feldolgozásra.

Eredmények: az ápolók elsősorban a pénz, a megbecsülés, az eszközök és a létszám hiányára panaszkodtak. Az aktív súlyos betegeket ellátó ápolók között a pszichés és fizikai terhelés, a munkahelyi stressz nagyobb mértékben jelenik meg, mint a kevésbé súlyos betegeket ellátók között. A feszültséget leginkább okozó tényezőként a megkérdezettek a munkához kapcsolódó dokumentációs kötelezettségek növekedését, a személyi feltételek hiányosságai következtében jelentkező hajszolt munkavégzést, illetve a döntési helyzetek magas számát említették. A tartós és fokozott stressz miatt azonban nem merül fel a pályamódosítás szándéka a vizsgált mintába tartozó személyek körében.

Bevezetés

Életünk jelentős részét munkával töltjük, nem mindegy tehát, hogy milyen munkahelyünk fizikai és pszichoszociális környezete.

Az emberek ápolása, gondozása feszültséggel telített munka. Az ápolói pálya halmozottan kockázatos a stressz szempontjából. Egyrészt nagyon komoly fizikai megterhelést jelent, különösen azokon az osztályokon, ahol magatehetetlen betegeket kell ápolni, másrészt nagyon sok nővér családanya és feleség, amely szerep szintén komoly fizikai és pszichés megterheléssel jár (az egyéb nehézségek mellett).

Kutatások sora bizonyította, hogy az egészségügyben mindennaposak azok a nehézségek, melyek fokozhatják a dolgozó elégedetlenségét. A működési és szervezési bizonytalanságok, a létszám-és eszközhiány, az olykor megalázó helyzeteket kiprovokáló merev hierarchia gyakran vezet elégedetlenséghez, a problémák megoldatlansága esetén pedig a pályaelhagyás gondolatának érlelődéséhez. (Arzenovits, 2004) Azonban nagyon

fontos, hogy az ápolónak egész energiája, ideje a beteg igazi ellátására, ápolására, a vele való foglalkozásra jusson.

A betegellátás minősége részben a technikai színvonal függvénye, de az ellátás pszichoszociális környezete – a betegek kezelésében és ápolásában közvetlenül, vagy közvetett módon résztvevő egészségügyi személyzet attitűdje és magatartása – erősítheti, vagy gyengítheti az előbbi hatását. A változások megsokszorozzák a konfliktus-szituációk kialakulásának valószínűségét, és így a stressz keletkezésének lehetőségét. Ahogy a pszichés terhelés növekszik, egyre kevesebb ápoló fog ezen a pályán maradni. (Egri, 2005)

Vizsgálati minta és módszer

Kutatásomat a Vas Megyei Markusovszky Kórház Általános Ér- és Központi Szeptikus Sebészeti Osztály, Általános Belgyógyászati Osztály, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, illetve az Ortopédiai, Reumatológiai és Bőrgyógyászati Osztályon dolgozó ápolók

között, önkitöltős kérdőív segítségével végeztem. A tervezett 72 fős mintából 60 személytől kaptam értékelhető eredményt (N=60).

Az ápolók munkaterhelésének vizsgálásához felhasználtam a hazánkban is alkalmazott, Németországból származó számítási módszert, amely az osztályokon kezelt, ápolott betegek állapotának és ellátási szintjének felméréseivel alakítja ki az egyes ápolási kategóriákat.

A kutatás célja

1. A mindennapos betegellátásban dolgozó ápolókra háruló pszichés terhelés mértékének felmérése a különböző súlyosságú betegeket ellátó osztályokon.
2. A pszichés terhelés, a stressz kialakulás okainak feltárása a különböző súlyosságú betegeket ellátó osztályokon.
3. Annak felmérése, hogy befolyásolja-e a fokozott pszichés terhelés az ápolószemélyzet pályaelhagyási szándékát?

Eredmények

A vizsgált mintában 55 nő és 5 férfi volt. A belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozó ápolók

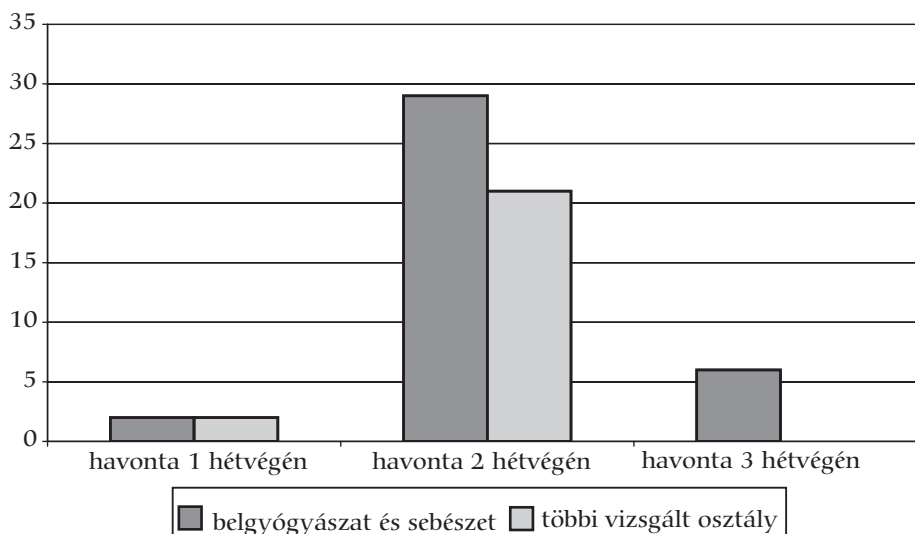
személyzet közül 22 fő házasságban él, 13 fő egyedülálló és 2 fő pedig özvegy volt. A bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályokon dolgozó ápolók közül 13 fő él házasságban és 10 fő egyedülálló. A család, a társ megléte fontos védőfaktor, támasz lehet a stressz feldolgozásában, kezelésében.

A kutatásban megállapítható volt, hogy a dolgozók képesítése nem mondható minden osztályon megfelelőnek. Döntő többségben (25 fő) voltak a magasabban kvalifikált ápolók, de csak 5 főnek volt felsőfokú végzettsége.

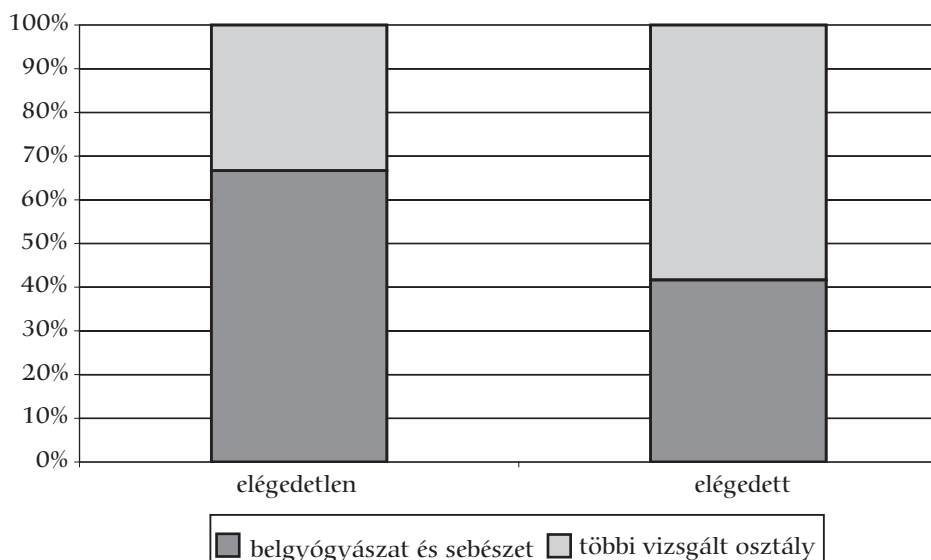
A belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozó ápolók között magasnak mondható a szakképzetlen ápolók száma. Ez azért is fontos, mert a megfelelő végzettség, a minél több tudás segít a rizikótényezők megfelelő kezelésében, így a stressz csökkentésében.

A belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozó ápolók közül 29 fő általában minden második hétvégén, 6 fő havonta három hétvégén és 2 fő havonta egyszer kényszerül dolgozni hétvégén. Ugyanez a bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályon dolgozók esetén: minden második hétvégén 21 fő, havonta egy hétvégén pedig a megkérdezettek közül 2 fő kényszerül dolgozni. (1. ábra)

1. ábra: A hét végi beosztások személyenkénti megoszlása osztályok szerint



2. ábra: A személyi és tárgyi feltételekkel való elégedettség arányai



Arra a kérdésre, hogy elégedett-e a munkahelyi körülményekkel: a belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozók közül 32 fő volt elégedetlen és mindössze 5 fő volt elégedett az osztály tárgyi és eszközi ellátottságával. Ugyanezen arány a bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályon dolgozó ápolók esetén: 16 fő volt elégedetlen és 7 fő volt elégedett. (2. ábra) Az ápoló megfelelő felszereltség hiányában nem tudja munkáját saját megelégedésére elvégezni, ez kihat a betegellátás minőségére, és a folyamatos hiányosságok visszahatnak az ápoló tevékenységére, annak negatív megítéléséhez vezetnek. A kritika, a betegek részéről állandósuló, folyamatosan érkező negatív észrevételek pedig az ápolók munkáját illetően állandó frusztrációhoz vezetnek, amely mint olyan, egy idő után erős stresszorként lép fel.

A belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozó ápolók közül 25 fő az osztályon ápolott betegek döntő többségét az A2/S2 szintbe sorolja be, ahol a legtöbb beteg már a szükséges orvosi beavatkozás előtt is magas ápolási szükséglettel bír. A megkérdezettek közül 4 fő az A3/S3 kategória szintbe, illetve 4 fő a A2/S3 és 3 fő pedig A3/S2 sorolja a betegeket, elsősorban a súlyos sebészeti műtétek miatt. A

bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályon dolgozó ápolók közül 12 fő a betegek többségét az A2/S2 kategóriába, 9 fő az A2/S1 és 2 fő az A1/S2 szintbe sorolta be. Ezekben az esetekben a betegek nagyrészt önállóak, és speciális ápolói beavatkozást nem igényelnek.

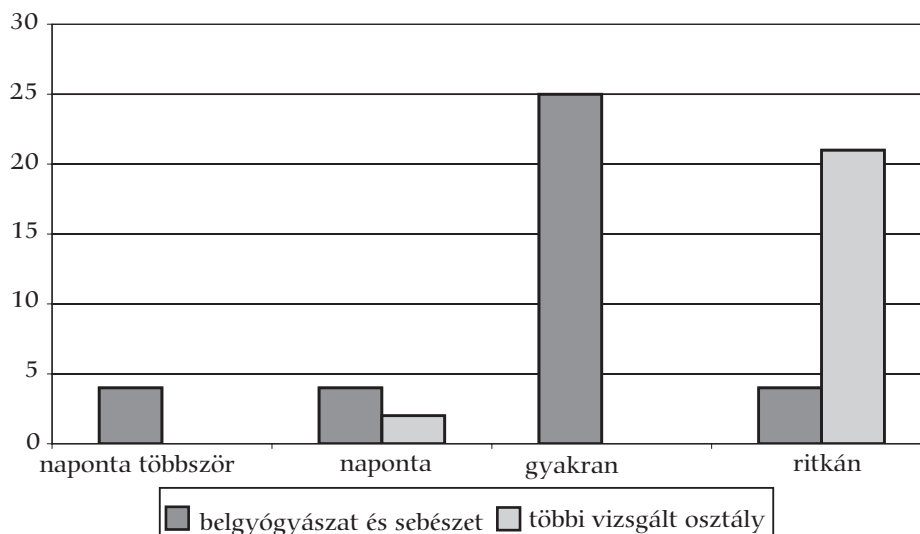
Az állandó készenlét, a súlyos betegek ellátásához szükséges fizikai és lelki erő, a betegek szenvedésének átélése mind olyan tényező, amely stresszorként hatva elsődlegesen szerepet játszhat az állandó szorongás kialakulásában, amely aztán a kiégéshez vezethet.

Megterhelő, feszült helyzetekkel a belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozó ápolók közül 25 fő gyakran, 4 fő naponta, 4 fő naponta többször, míg a megkérdezettek közül 4 fő ritkán találkozik. A bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályon dolgozó ápolók esetében 21 fő a megkérdezetteknek közül ritkán találkozik megterhelő helyzettel, és mindösszesen 2 fő érez munkavégzése során naponta feszültséget. (3. ábra)

Felmértem, hogy melyek azok a tényezők, stresszorok, melyek leginkább feszültséget okoznak az ápolóknak a mindennapi munkavégzés során.

Az eltérő súlyosságú betegeket ellátó osztályokon a leginkább feszültséget okozó té-

3. ábra: Megterhelő, feszült helyzetek előfordulása osztályok szerint

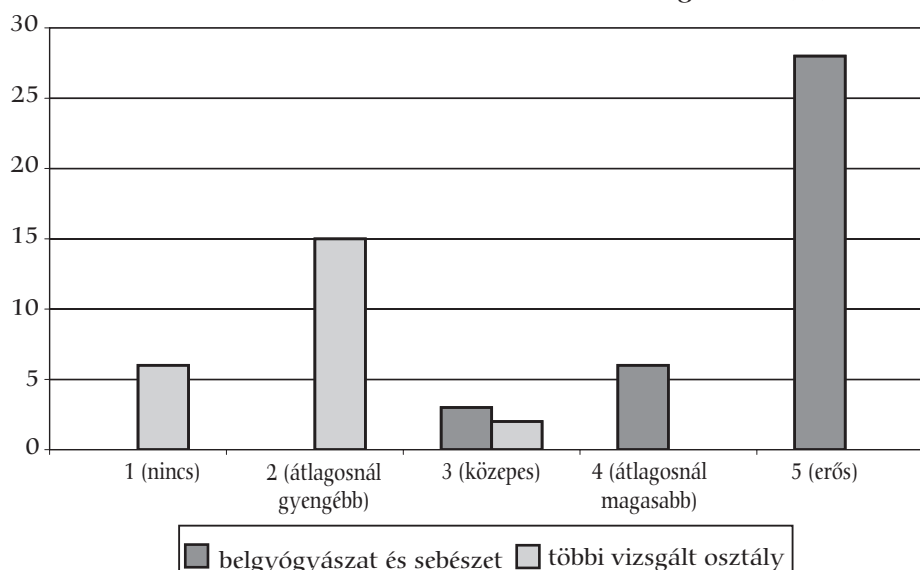


nyezők nagymértékben megegyeztek. A hajszolt munkavégzést, a sok adminisztrációt és a döntési helyzetek magas számát említették egyaránt a legfontosabb stresszkeltő tényezőnek a mindennapi munkavégzés során.

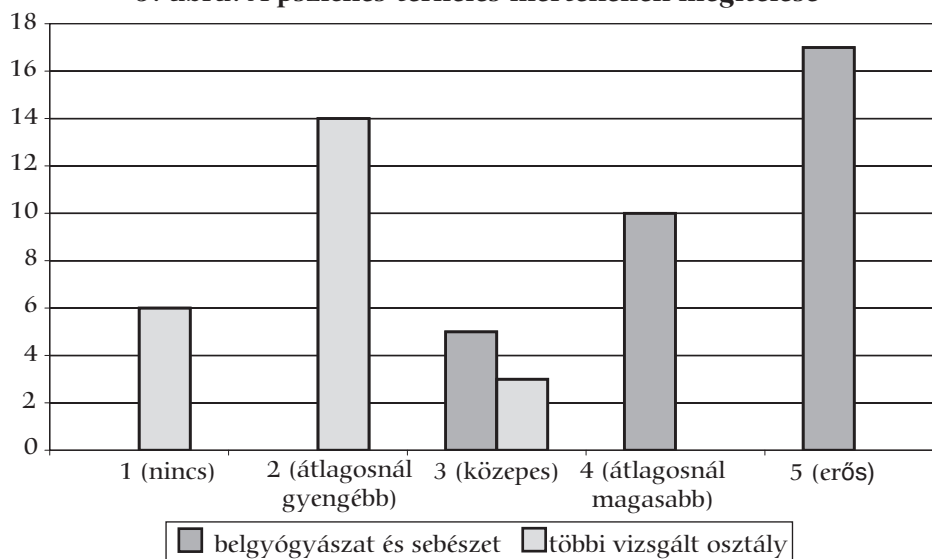
A belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozó ápolók közül 28 fő 5-ös azaz erősnek mondható, 6 fő 4-es erősségű, az átlagosnál magasabb, míg 3 fő közepes (átlagos) fizikai terhelésről számolt be. A bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályokon dolgozók

közül 15 fő 2-es (gyenge) erősségű, 2 fő 3-as (közepes) erősségűnek mondható fizikai terhelésről számolt be, 6 fő érezte úgy, hogy nincs az osztályon számottevően érezhető fizikai terhelés. (4. ábra) A munkavégzés során jelentkező pszichés, lelki terhelés erősségét a belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozók közül 17 fő 5-ös (erősnek) 10 fő 4-es erősségűnek (átlagosnál erősebbnek), 5 fő pedig 3-as (közepes) erősségűnek ítélte. A bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályokon dolgozók közül 14 fő a pszichés terhelés

4. ábra: A fizikai terhelés mértékének megítélése (fő)



5. ábra: A pszichés terhelés mértékének megítélése

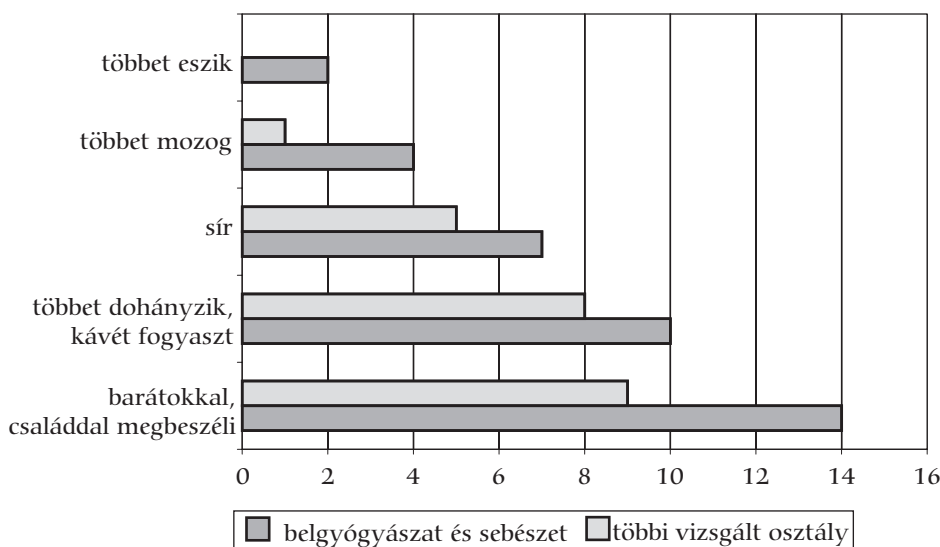


erősségét enyhének ítélte, 3 fő számolt be közepes pszichés terhelésről, míg a megkérdezettek közül 6 fő szerint nincs az adott osztályon számottevően érezhető lelki terhelés. (5. ábra)

Felmértem a stressz kezelésének, csökkentésének lehetséges egyéni eszközeit, illetve az alkalmazott módszereket. A belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozók közül csak 14 fő tudja barátaival, családtagjaival megbeszélni problémáit. A megkérdezettek közül

10 fő a stressz csökkentésére inkább többet dohányzik és fogyaszt kávé, 7 fő pedig sírással vezeti le a feszültségét, és csak 4 fő választja a mozgást, 2 fő pedig többletétkezéssel vezeti le a munkahelyi feszültségét. A bőrgyógyászati, reumatológiai és az ortopédiai osztályokon dolgozók közül 9 főnek nyújtanak segítséget a barátok, családtagok. A megkérdezettek közül 8 fő inkább többet dohányzik és fogyaszt kávé, 5 fő sírással és mindössze 1 fő többletmozgással próbálja csökkenteni az egész nap felhalmozódott stresszt. (6. ábra)

6. ábra: A stressz csökkentésének egyéni eszközei



Munkája anyagi és erkölcsi megbecsülésével a belgyógyászati osztályokon és az általános sebészeti osztályon dolgozók ápolók közül 32 fő, míg a bőrgyógyászati, reumatológiai és ortopédiai osztályokon dolgozó ápolók közül 16 fő nem elégedett. Ez azért is fontos, mert ha az ápoló sokáig úgy érzi, hogy munkáját nem becsülik meg, nem kap pozitív visszajelzést sem környezetétől, sem a betegektől, eljuthat arra a pontra, hogy munkáját már nem a megszokott lelkesedéssel, odaadással és lelkiismeretes fogja végezni, és ez önmagában is egy plusz frusztráló, stresszkeltő tényező.

A fokozott stresszhatás alatt dolgozó ápolók közül 17 fő szeretne további képzettséget szerezni jelenlegi munkájához, 8 fő pedig talán, de még nem gondolkodott rajta, 2 fő a megkérdezettek közül azt válaszolta, hogy nincs szüksége további tudás elsajátítására.

A fokozott pszichés és fizikai terhelés, a túlterheltség, a személyi és tárgyi feltételek elégtelensége, az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya ellenére az ápolók közül 16 főnek még soha nem jutott eszébe, 11 fő pedig ritkán gondol a pályaelhagyás lehetőségére.

Következtetések

A kapott eredmények azt mutatják, hogy a súlyosabb állapotban lévő betegeket ellátó ápolók között a fizikai és pszichés terhelés, a munkahelyi stressz nagyobb mértékben jelenik meg, mint a kevésbé súlyos állapotban lévő betegeket ellátó munkatársak körében. Valószínű, hogy a súlyosabb betegeket ellátó osztályon dolgozó ápolók nap, mint nap szembekerülnek azokkal a helyzetekkel, amelyeket képtelenek megoldani, amelyekből való menekülés rengeteg energiát vesz igénybe, amely fokozott szorongást okoz. A fáradt ápoló nem képes az elvárásoknak megfelelni több a tévedés, fáradtak frusztráltak.

A legtöbb ápoló úgy véli, hogy sem erkölcsileg, sem anyagilag nem becsülik meg munkájukat, ráadásuk egyértelmű elégedet-

lenség mutatkozik az ellátás személyi és tárgyi feltételeivel kapcsolatban.

A megkérdezettek többsége családban él, mely fontos védőhálót jelent a munkahelyi problémák feloldásában, a szorongás csökkentésében. Ugyanakkor problémájukat, gondjaikat, egyáltalán a munkájuk során felmerülő nehézségeket csak kis mértékben tudják megbeszélni munkatársaikkal, családtagjaikkal. Körülbelül ugyanilyen arányban a feszültséget, szorongást, kimerültséget káros szenvedélyekkel próbálják kompenzálni.

Az ápolók az értékelést, a munkavégzésük szakmai oldalról történő visszajelzését igénylik felettesük részéről. A kritika, mint olyan, nagyrészt építő jellegű, de hosszú távon a változtatás lehetőségének elégtelensége miatt súlyos stresszor is.

A dolgozók a leginkább feszültséget, szorongást okozó tényezőnek az osztály ellátási formájától függetlenül egyértelműen a hajszolt munkavégzést, a dokumentációs kötelezettségek halmozódását, illetve a döntési helyzetek magas számát említették.

A súlyos betegeket ellátó ápolók szeretnének szakmájukon belül további képzettséget szerezni, szakmájukon belül képezik el jövőjüket és a pályaelhagyás gondolata csak kis mértékben merült fel.

Nem igazolódott be az a feltételezésem, mely szerint azok a dolgozók, akiket munkavégzésük során erősebb fizikai és pszichés terhelés ér, valamint kisebb megbecsülésben részesülnek, inkább foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával. Megállapítottam, hogy a súlyos állapotban lévő betegeket ellátó ápolók, bár magas stressz-terheltségnek vannak kitéve, szívvel- lélekkel teszik mindennapi teendőiket, és nagy belső motiváció vezérli őket.

Javaslatok a pszichés terhelés következményeinek megelőzésére, csökkentésére

Fontosnak tartom, hogy a munkahelyi stressz kérdésköre az ápolásoktatás valamennyi színterén kerüljön ismertetésre és oktatásra.

Már a tananyag keretein belül meg kellene ismerni a segítő hivatás pszichológiai hátterét, a munkahelyi stressz-tényezőket, a stresszállapot jellemzőit és következményeit, a stresszel való hatékony megküzdés módszereit. Így az oktatásból kikerült és hivatását frissen megkezdő ápoló felkészülten találkozna a problémával.

A pszichés terhek és a kiégés megelőzésében a környezetnek és az egyénnek egyaránt szerepe van.

Prioritást élvez a munkakörülmények javítása, mind személyi mind pedig tárgyi vonatkozásban. Emellett fontosnak tartom a szakdolgozói kompetenciák, és az ezekhez illeszkedő munkakörök meghatározását. Ez lehetne a túl- ill. alulképzettség problémakörének egyik megoldási lehetősége. (Hegedüs, 2000)

A munkakörökhöz tartozó feladatok pontos meghatározásával jelentősen csökkenthető lenne a munkahelyi stressz, a túlterheltség. Ide tartozhat az idők során tradicionálisan átvett, és a munkaköri leírásokban nem szereplő, lényegében orvosi feladatok végrehajtásának vagy visszautasításának kérdése is, ugyanilyen fontos feladatnak tartom a napi munkafolyamatok áttekintését és szükség esetén annak strukturális változtatását.

A környezet oldaláról meghatáro-

zó a társas támogatás és a pozitív munkahelyi légkör, és ez a kettő összefügg egymással. (Szverle, 2006) A társas támogatást hasonló gondolkodású és értékrendű emberek csoportja nyújtja, ez egymás meghallgatását jelenti, és érzelmi támogatást, adott esetben szakmai segítséget adhat. Olyan emberek között zajlik, akik értékelik és megbecsülik az egyént és munkáját. Ugyanezek az emberek érzelmi és szakmai kihívásokra is serkenthetnek, az érzelmek azonosításában is lehet szerepük, és őszi- te kritikával járulhatnak hozzá a szakmai fejlődéshez.

A problémamegoldó beszélgetések segítik az ápolót abban, hogy a munkaidő alatt feldolgozza a nehéz, frusztráló helyzeteket és azt a szorongást és kellemetlen érzést, amelyet ezzel kapcsolatban munkája során szerzett. Az egészségügyi dolgozók többnyire súlyos mentális és fizikai nyomás alatt végzik munkájukat. Szükségük van arra, hogy átbeszéljék a munkájuk során rájuk nehezedő az eseményeket, kellemetlenségeket. Ezért is fontos támogató funkciók az egyéni és csoportos megbeszélések, különböző stresszkezelő tréningek. (Hegedüs et al., 2004) Az érzelmi stressz kezelését nagymértékben megkönnyíti a stresszorok azonosítása és az érzelmekkel való bánásmód megtanulása.

Irodalomjegyzék

1. Arzenovits Krisztina (2004): Mitől szorong az ápoló a betegágy mellett? Egészségügyi Menedzsment, 3. évf., 7.szám
2. Egri László (2005): Hivatás és küldetés az ápolásban. Egészségügyi Menedzsment 3. évf., 10. szám
3. Hegedüs Katalin (2000): A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. Lege Artis Medicinae, 10. évf. 5. szám
4. Hegedüs Katalin – Mészáros Eszter – Riskó Ágnes (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. Lege Artis Medicinae, 14. évf., 11. szám
5. Szverle Viktória (2006): Egészségügyi dolgozók lelki egészségvédelme. Nővér. 19. évf. 4. szám

The psychological burden on nurses, the impact of stress on their everyday work

Németh, T.

Aim of the research: To identify the prime stressors acting on nurses in patient care wards, and to ascertain the extent of the psychological burden placed on those who treat patients with serious and less serious conditions, as well as to establish whether an increased psychological burden is a factor in decisions to leave the profession.

Methodology and sample: The survey was carried out using an anonymous self-completion questionnaire, containing mixed questions, among nurses working on six wards in the Markusovszky Hospital in Vas county. A total of 60 questionnaires were processed.

Results: The nurses primarily complained about insufficient remuneration, a low level of appreciation, insufficient equipment and shortages of staff. Among active nurses treating seriously ill patients, the psychological and physical burden, and stress at work, was prevalent in a great extent than among those caring for patients with less serious illnesses. The respondents cited, as factors causing the most stress, the increased burden of documentation, overwork resulting from staff shortages, and the high number of situations that require decision-making. However, sustained and heightened stress did not prompt the members of the sample to consider a change of career.

**A Főiskolát és Egyetemet végzett Ápolók VIII. Országos Kongresszusát
a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet,
és az Ápolástudományi Társaság rendezi meg**

2008. május 23-24. között.

A kongresszus helyszíne: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar

A Kongresszus témái:

1. Az ápolás elméletének fejlesztése
2. Az ápolás klinikai gyakorlatának művelése
3. Az ápolás oktatásának kérdései
4. Interdiszciplinaritás az ápolásban
5. A kutatómódszertan haszna az ápolásban
6. Egészségbiztosítási rendszer aktuális kérdései

A tudományos programmal kapcsolatos tudnivalók

A kongresszus résztvevői előadás tartására és poszter bemutatására egyaránt jelentkezhetnek. A szervezők az előadások, poszterek bírálatára az Ápolás és Betegellátás Intézetet és Magyar Ápolástudományi Társaságot kérték fel, a beérkezett anyagok előadhatóságáról a Tudományos Bizottság fog dönteni. A regisztrációs díjból a Magyar Ápolástudományi Társaság tagjai 50%-os kedvezményben részesülnek.

Az absztrakt elektronikusan beküldött példánya kerül bírálatra. A kongresszus elfogadott előadásainak és posztereinek összefoglalói a kongresszus kiadványában megjelentetésre kerülnek.

Az absztrakt elektronikus feltöltése és beküldési határideje: 2008. március 10.

A határidőt a nyomdai munkálatok miatt a szervezők kérik pontosan betartani. A megadott határidő után érkezett anyagokat nem áll módjukban elfogadni.

A bíráló bizottság az előadások elfogadásáról vagy elutasításáról a szerzőket írásban értesíti 2008. április 2-ig.

Az érdeklődők minden részletre kiterjedő információt találnak a www.egeszsegstudomany.hu oldalon!

Bízva a tudományos konferencia sikerében és szakmai közösségformáló hatásában, a szervezők szeretettel várják a főiskolai és egyetemi szintű ápolói képzésben végzett kollégák jelentkezését!

A *Streptococcus agalactiae* mikrobiológiai diagnosztikája

Németh Krisztina

laboratóriumvezető asszisztens, mikrobiológus technikus, élelmiszer technológiai mérnök
Mikrobiológiai laboratórium, Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinika

A *Streptococcus agalactiae*, más néven B csoportú *Streptococcus* (GBS, Group B-*Streptococcus*) baktérium neve nem csak az egészségügyi szakemberek számára ismerős, de azoknak is, akik várandós kismamaként voltak már GBS szűrésen.

Ez az írás elsősorban a mikrobiológus szemszögéből mutatja be ezt a kórokozót, és nem a *Streptococcus agalactiae* szülészeti jelentőségéről szól, valamint kitér arra a gyakorlatra is, mely a SE. II. számú Gyermekklinikáján működött addig, míg volt PIC osztályunk.

A *Streptococcus agalactiae* baktérium patogenitását a 19. században fedezték fel, akkor még csak tehének mastitise kapcsán. Humán jelentőségére az 1930-as években figyeltek fel, szerepét neonatális infekciókban 1960-ban írták le.

A *S. agalactiae* Gram pozitív baktérium. Sejtjei gömb alakúak (coccusok), melyek összekapcsolódva láncokat alkotnak. Így tehát a baktérium Gram festés után a mikroszkópban kékes-lilás láncokba rendeződött pici gömbökként látható.

Véres táptalajon a *S. agalactiae* esetében u.n. β , másként teljes hemolízis tapasztalható.

Klinikai jelentősége

A nők genitális traktusában tünetmentes hordozás előfordulhat, ennek gyakorisága 10–30% is lehet. Okozhatja újszülöttek, valamint csökkent védekezőképességű személyek (pl. diabetesesek, immunszuprimáltak) fertőzéseit.

Az újszülöttek infekciója leggyakrabban a szülés közben, a szülőcsatornában történik. Kockázati tényező lehet az anyai kolonizáció, a korai burokrepedés, a koraszülés.

Újszülötteknél megkülönböztethető a fertőzés korai és késői formája. Korai fertőzés általában a születés közben, a késői inkább noszokomialisán következik be. Meningitis, sepsis, tüdőgyulladás mindkét esetben előfordulhat, de a késői fertőzésnél arthritis, osteomyelitis is kialakulhat.

A baktériumokat az u.n. virulenciafaktor segítik abban, hogy sikeresen okozzanak betegségeket. A virulenciafaktorok közül a tokantigén az, amely a fagocitózist, és a komplement aktivitást gátolja. Ezért nem történik meg a baktériumsejt bekebelezése, elpusztítása, és így elmarad a szervezet immunválasza.

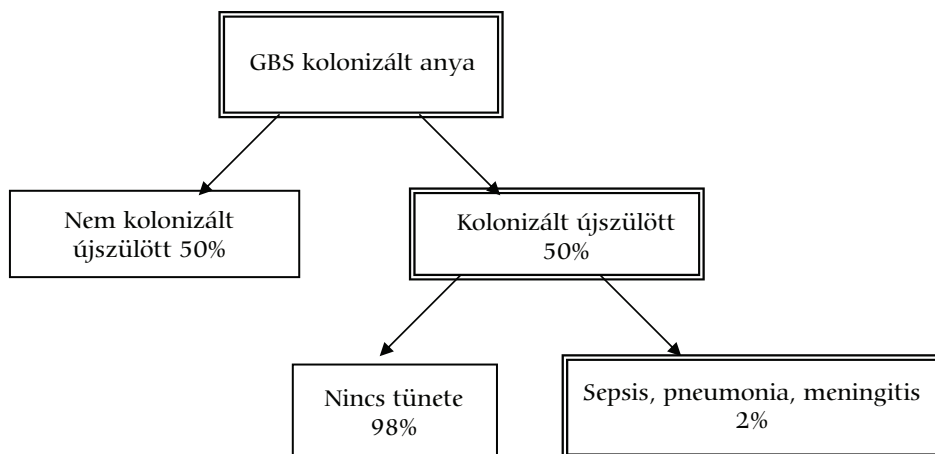
A *S. agalactiae* baktériumnak van egy M-proteinszerű anyaga is, mely orsószzerűen feltekeredett protein, ennek több, mint 80 antigén determinánsa lehet (a bakteriális védettség az M-proteinre specifikus, ez a sejttel egyik alkotórésze, mely megköti a gazdaszervezet fehérjéit). Virulenciafaktorai még a peptidázok, hialuronidázok. A hialuronsav a sejteket köti össze, tapasztja egymáshoz. A baktérium a hialuronidáz enzimével ezt a hálózatot feloldja, s ezzel megkönnyíti magának a sejtekbe való jutását.

A GBS kolonizált anya újszülöttjének 50% esélye van arra, hogy kolonizált legyen. Ezen újszülöttek közül 2%-nak sepsise, pneumoniaja, vagy meningitise lesz. (1. ábra)

A klinikánkon működött PIC osztályon sok koraszülött, vagy olyan újszülött volt, akinél születés után komplikáció lépett fel. Ezekben az esetekben hemokultúrát és hallójárat váladékot vizsgáltunk.

A 2. ábra mutatja azt az algoritmust, mely az anyai szűrés eredményéből indul ki, s azt is, mely az újszülött hallójáratát bakteriológiai leoltásának eredményéből. Az ábrán látható, hogy ha a bakteriológiai eredmény GBS-re pozitív volt, akkor sem feltétlen volt

1. ábra: GBS kolonizált anya újszülöttjének esélyei



szükség antibiotikus kezelésre. Mindenképpen figyelembe kellett venni a koraszülött vagy újszülött állapotát, esetleges tüneteit.

A mikrobiológiai laboratóriumba küldött hallójárat-váladékot véres és csokoládé táptalajra kell leoltani.

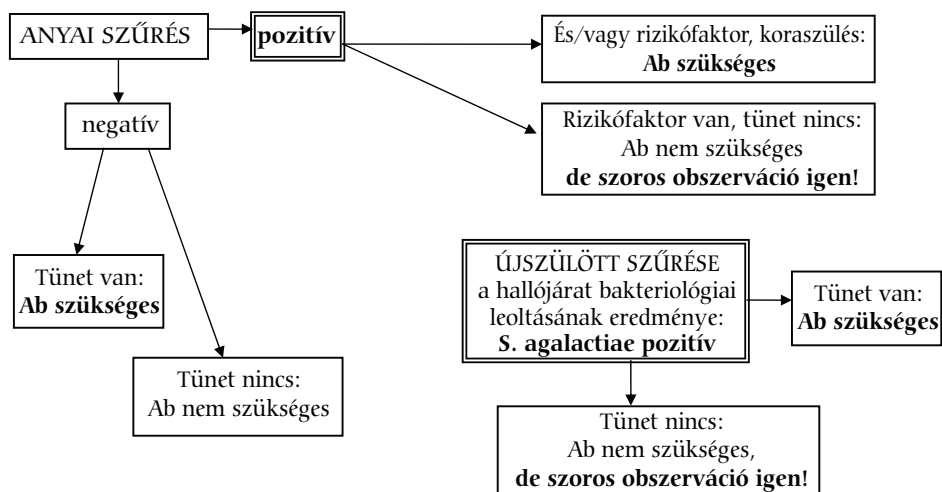
A hemokulturás palack automatába kerül, mely jelez, ha a palackban szaporodás indul meg (ha nem tartalmaz baktériumot, a gép nem jelez, és 5 nap múlva a negatív lelet kiadható). Pozitív jelzéskor a palack kioltásra kerül, szintén csokoládé és véres táptalajra,

de természetesen Gram festés is készül, hiszen a vérben nem csak a *Streptococcus* lehet a kórokozó.

A kitenyésztett baktérium identifikálására többféle lehetőségünk van. Mikroszkópos képen, a már említett kékes-lilás, lánccá kapcsolódott coccusok, véres táptalajon pedig a β -hemolízis látható, bár előfordul az is, hogy a *S. agalactiae* nem hemolizál (delta-hemolízis). A telepek szürkés-fehér színűek.

Identifikálásra rendelkezésre állnak még különböző módszerek, ezek között félau-

2. ábra: Az újszülöttek ellátásának algoritmus a *S. agalactiae* bakteriológiai vizsgálati eredmények, és a tünetek függvényében (Ab=antibiotikum)



tomata-, és automata rendszerek is, de ez utóbbiak igen drágák a mindennapi használathoz, ráadásul a GBS egyszerűbben is azonosítható, ritkán van szükség drágább módszerekre.

Tenyésztés és azonosítás után rezisztenciavizsgálatot végzünk. A *S. agalactiae* baktérium eredendően érzékeny penicillinre, ampicillinre, cefotaxime-ra, vancomycinre, minden β -laktámra, itt másodlagos rezisztencia nincs. A penicillin érzékenységi vizsgálatot tehát konfirmálási célból végezzük el.

Penicillin allergia gyanújakor, vagy mert felmerül alternatív terápiás lehetőség keresése, elvégezzük az erythromycin, és clindamycin vizsgálatokat is.

Miután kitenyésztettük, azonosítottuk a baktériumot, és az antibiotikum vizsgálatot is elvégeztünk, kiadjuk a leletet a beteg el-látó osztály számára.

Néhány általános teendő a *Streptococcus agalactiae*-val fertőzött, kolonizált koraszülöttek, újszülöttek esetében

A PIC osztályon fekvő újszülöttek sokszor heteket töltenek kórházban, ezért hosszú távú kezelésüknél több dolgot is figyelembe kell venni még az általában egyszerű feladatok ellátásakor is, mint például a bőrápolás, vagy a decubitusok kialakulásának megelőzése.

Fontos az időben és a feladatok ellátásában jól strukturált, „összeszedett” ápolás, hogy a gyermeket lehetőleg minél kevesebbszer zavarják meg pihenésében. Ha a gyermek gépi lélegeztetésre szorul, vagy valamilyen műanyag eszköz (katéter, kanül — ez utóbbiak használata mostanában igen vitatott) van beültetve, fokozottan figyelni kell ezek ápolói kezelésére, a környéki bőr ápo-

lására. Ezek az ápolási folyamatok az adott osztály, intézmény protokolljai szerint hajthatók végre.

A GBS-el ápolat babák hasa könnyen puffad, és főleg koraszülöttek esetében nagyobb a NEC (nekrotizáló enterocolitis) előfordulásának esélye, ezért per os táplálásuk is fokozott figyelmet igényel.

Kiemelt jelentősége van annak, hogy a szülőket már az ápolás kezdetétől bevonják az ellátásba, kezelésbe, folyamatosan tájékoztassák őket gyermekük állapotáról.

Gyakori, hogy az édesanya magát hibáztatja gyermeke megfertőzése miatt, ezért segíteni kell őt abban, hogy ne érezzen bűntudatot gyermeke állapota miatt.

A szülőket fel kell világosítani a betegség ún. késői kezdetű formájáról. Kolonizált és/vagy beteg újszülöttek esetén, még ha a szorosan vett újszülöttkorban (első élethét) antibiotikum kezelésben részesítették is, előfordulhat 3-4 hónapos korig a fertőzés visszatérése ill. jelentkezése. Ezért figyelmeztetni kell őket arra, hogy alar-mírozó tünet (láz, hányás, aluszékonyság, görcsroham, eszméletvesztés stb.) esetén azonnal forduljanak orvoshoz, és hívják fel a vizsgáló orvos figyelmét az újszülöttkorban diagnosztizált GBS fertőzésre/hordozó állapotra.

Ha lehetséges, a GBS-es újszülöttek számára külön személyzetet kell biztosítani, elkerülve a kórokozó más babára való átvitelét. A kór-házhigiéniai szabályokat maradéktalanul be kell tartani (természetesen ez általános követelmény, de ezekben az esetekben külön gondosság is szükséges).

A szerző ezen a helyen is kifejezi köszönetét segítőinek, Dr. Bán Évának, Dr. Pataki Margitnak, és a már megszűnt PIC-osztály volt dolgozóinak.

Irodalomjegyzék

1. Czírók, (1999) Klinikai és Járványügyi bakteriológia. Melania; 287-288.
2. www.cdc.co

A felső légúti infekciók leggyakoribb kórokozói gyermekkorban, azok jellemzése, mikrobiológiai diagnosztikája

Németh Krisztina

*laboratóriumvezető asszisztens, mikrobiológus technikus, élelmiszer technológiai mérnök
Mikrobiológiai laboratórium, Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinika*

Bevezetés

Gyermekkorban a leggyakoribb betegségek közé tartoznak a felső légút fertőzései. Ezek legnagyobb részét vírusok okozzák (például a közönséges náthát is), de előfordulnak -nem kis számban- bakteriális fertőzések is.

Ebben az írásban a fül-, orr-, sinus-, és garatvázadékokból leggyakrabban kimutatott kórokozókat ismertetem, nem csupán klinikai, hanem elsősorban mikrobiológiai szempontból, és a vizsgálati anyag levételétől kezdve haladok a leoltáson, identifikáláson, antibiotikum-érzékenységi vizsgálaton át a lelet kiadásáig.

Mintavételezés

A mikrobiológiai vizsgálatra szánt mintákat minden esetben steril mintavevővel kell

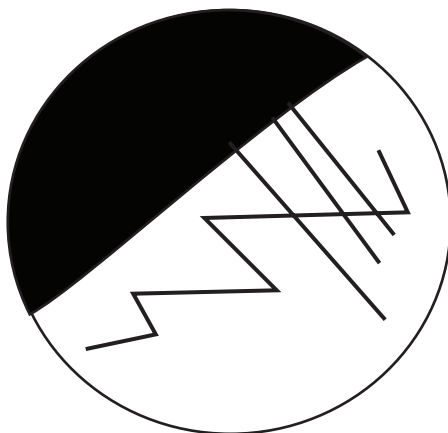
vételezni. A garat- és az orrvázadék levétele egyszerűbb, ezekhez egy steril mintavételi (pl.: nasopharyngeális) pálca használandó, melynek végén vatta található. A fül- és sinusvázadék viszont punkció útján nyerhető. A minta levételekor minden esetben törekedni kell arra, hogy ne történjen kontamináció. A mintavételezés a beteg ellátó osztály, ambulancia feladata.

A minták leoltása

A minták leoltására véres és csokoládé táptalajt, és dúsító táplevest használunk.

A véres és csokoládé táptalaj egyaránt valamilyen vért, például birkavért tartalmaz, de a csokoládé táptalajban egy utólagos hevítés hatására a vörösvértestek szétesnek (innen sötétbarna, csokoládé szín), így tartalmazza a vörösvértestekből kiszabadult növekedési, faktorokat, az u.n. x- és v-fak-

1. ábra: A vizsgálati minta leoltásának módja (bakteriológiai vizsgálat)



tort, az utóbbi faktorból még külön is adnak hozzá (NAD). Ez az egyetlen táptalaj, amelyben a növekedési faktorokat igénylő *Haemophilus influenzae* baktérium képes szaporodni.

A dúsító tápleves tartalmaz élesztőt, főtt húst, vitaminokat, és arra szolgál, hogy az eredendően steril helyekről (fül és sinus) vett mintákat, melyek esetenként igen kis csíraszámú baktériumot tartalmaznak, fel lehessen dúsítani.

A leoltás módját az 1. ábra szemlélteti. Lényege, hogy a sötéttel jelzett részre közvetlenül a mintavevőről oltjuk az anyagot, majd onnan steril oltókacccsal, vagy állandóan leégetett fém-kacccsal húzunk vonalakat. Egy nagy csíraszámú mintánál a fekete területen sok, előfordulhat, hogy többféle baktérium lesz, a kihúzásban egyre kevesebb, majd a végén pedig a baktériumból kifejlődött egy-egy telep. Ez azért fontos, hogy a különálló telepekkel tudjunk tovább dolgozni.

Fül- és sinusváladék esetében a mintavevő pálcát először a dúsító folyadékba moszuk bele, melyet másnap szilárd táptalajra oltunk ki. Ezért egy fül-, vagy sinusváladék tenyésztése negatív esetben is minimum 48 órát vesz igénybe, míg az orr-és garatváladéké 24 órát.

A minták 37 °C-os CO₂-termosztátba kerülnek.

Baktériumok azonosítása

A tenyésztés eredményének kiértékelésekor figyelembe kell venni a normál flórát, valamint a nem kórokozó baktériumokat is.

Az orr normál flórája megegyező lehet a bőr flórájával, de hordozásként akár haemophilus, vagy pneumococcus baktériumot is tartalmazhat. A garatváladék normál flóráját az β -hemolizáló streptococcusok, haemophilusok, neisseriák alkotják. A fül és a sinus eredendően sterilek, azokban baktérium nincs.

A koaguláz negatív staphylococcusokat, valamint az β -hemolizáló (nem pneumococcus) baktériumokat egyik esetben sem vesszük kórokozóknak.

Leggyakoribb kórokozóként a *Streptococcus pyogenes*, a haemophilusok, és a *Streptococcus pneumoniae* tenyészik ki az említett mintákból. A fül-, sinus-, és orrváladékban mindhárom előfordul kórokozóként. A garatban ezek közül csak a *S. pyogenes* lehet kórokozó, hisz a másik két baktérium a garat normál flórájához tarthat.

Baktériumok identifikálása

Streptococcus pyogenes

Gram pozitív (Gram-festéssel kékes-lilára festődő) gömb alakú baktérium, melynek sejtjei láncba kapcsolódnak össze. Táptalajon β -hemolízise, más néven teljes hemolízise van.

Ha a baktériumból már tiszta tenyészetet kaptunk, többféle módon azonosíthatjuk.

Rendelkezésre áll a PYR-teszt (PYR-áz enzim kimutatása). A teszt elvégzése kb. 5 percet vesz igénybe, a pozitivitást pirosas elszíneződés mutatja.

Gyakrabban használt módszer a Streptex. Ez a teszt a Lancefield csoportokat képes meghatározni. A vizsgálat alapja a β -hemolizáló streptococcusok Lancefield szerinti poliszacharid antigénjének a kimutatása, melyet Rebecca Craighill Lancefield, amerikai bakteriológus fedezett fel.

Haemophilus

Gram negatív (Gram festéssel rózsaszín) pálcika alakú baktérium. Csak a csokoládé táptalajon fog növekedni, a véres táptalajon nem. A telepek fényesek, szürkék, a tenyészetnek jellegzetes szaga van.

A tenyészetből oxidáz próbát csinálunk. Ez a baktériumok légzésében szerepet játszó citokróom-oxidáz kimutatásán alapszik. A teszt elvégzése még egy percet sem vesz igénybe. A haemophilusok oxidáz pozitívak.

A haemophilusok jellegzetes telepmorfológiája, oxidáz pozitivitása, és vancomycin rezisztenciája általában elég az azonosításhoz, azonban esetenként további vizsgálatra is szükség van.

Streptococcus pneumoniae

A közkeletűen pneumococcusnak nevezett baktérium Gram pozitív coccus, mely párosával, vagy láncba rendeződve állhatnak.

Táptalajon D vagyis zöldítő hemolízise van. A telepek az autolízis következtében besüllyednek. Differenciáló korongja az optochin, melyre (más zöldítő streptococcusokkal ellentétben) érzékeny.

Általában ennyi elegendő az identifikáláshoz, de esetenként további vizsgálatra is szükség van.

A baktériumok antibiotikum-vizsgálata

A mikrobiológiai laboratóriumok a vizsgálathoz használt antibiotikum-korongok megválasztásakor figyelembe veszik a szakmai ajánlásokat, de az adott egészségügyi intézményben alkalmazott antibiotikumokat is.

A fentebb említett három baktériumhoz külön antibiotikum-sor használatos.

A *S.pyogenes* baktérium 100%-ban érzékeny penicillinre, rezisztenciát erre még sehol nem írtak le. A penicillin vizsgálata tehát konfirmálási célból történik. Penicillin allergia gyanúja miatt, vagy egyszerűen, mint felmerülő terápiás lehetőség, elvégezzük a clindamycin, és az erythromycin vizsgálatát is.

Itt kell megjegyezni, hogy egyre gyakrabban találunk erythromycin rezisztenciát.

A haemophilusok esetében amoxicillint, cefalosporint, sumetrolimot, azithromycint használunk, valamint megerősítésként alkalmazzuk a vancomycin korongot, melyre minden esetben rezisztensnek kell lennie.

Egyre gyakrabban fordulnak elő az amoxicillin rezisztens haemophilusok, melynek gyanújakor további vizsgálatot is végzünk.

A *Streptococcus pneumoniae* baktérium antibiotikum-vizsgálatához penicillint, amoxicillint, 3. generációs cefalosporint, makrolidot, linkozamint, sumetrolimot használunk. Az optochin-korongot vizsgálni kötelező, erre a baktérium érzékeny kell legyen, bár leírtak már optochin rezisztens pneumococ-

cust is.

A penicillinre nem érzékeny törzseknél MIC (minimális gátlási koncentráció) vizsgálatot végzünk, ennek eredménye alapján állapítjuk meg, hogy a baktérium mérsékelt érzékeny, vagy rezisztens.

Az elkészített rezisztencia lemezeket termosztátba helyezzük.

Másnap az értékeléshez a korongok mellett zónát figyeljük. Amennyiben a korong mellett is nőtt a baktérium, akkor arra az antibiotikumra a nevezett baktérium rezisztens. Amennyiben körülötte tiszta zóna látható, dolgunk kicsit összetettebb. Nem mindegy ugyanis, hogy mekkora a zóna átmérője.

A zóna átmérője, a vizsgált baktérium, valamint a vizsgálandó antibiotikum együtt alkot egy egész értékelési egységet, vagyis egy bizonyos baktériumhoz és egy bizonyos antibiotikumhoz tartozó zónaátmérőt kell értékelni a CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) ajánlásának megfelelően. Ennek megfelelően történik annak megállapítása, hogy az adott baktérium az adott antibiotikumra érzékeny, mérsékelt érzékeny, vagy rezisztens.

A fentebb vázolt munkafolyamatok után, leghamarabb - pozitív eredmény esetén - 48 óra múlva adható ki a lelet, melyen a baktérium neve és az antibiotikum-vizsgálat eredménye szerepel. Orrváladék esetében felhívjuk a figyelmet arra, hogy előfordulhat hordozás is, vagyis a kórokozó szerepe kétes.

Néhány általános teendő gyermekkori felső légúti betegségek esetén

Gyermekek felső légúti fertőzésénél fontos a nyálkahártya duzzanat és gyulladás csökkentése, és a váladék folyamatos eltávolítása. Ez kisebbeknél rendszeres leszívással, illetve Proetz-kezeléssel, nagyobbaknál a gyakori orrfújás szorgalmazásával érhető el. A nyálkahártya duzzanat, gyulladás csökkentésére alkalmas lehet többek között a szimpatikomimetikumot és váladékoldó szert tartalmazó orrcsepp vagy orrspray, fusafungine spray.

Fülgyulladásnál a fül melegítése segíthet a gyógyulásban, de lehet, hogy a paracentálás

nem kerülhető el. Antibiotikum, aerosolok, gyulladásgátlók adása hasonlóképpen történhet, mint a többi felső légúti fertőzésnél.

Bakteriális fertőzés, vagy a kezdeti vírusfertőzés baktériumos felülfertőzése esetén az orvos antibiotikumot rendel, melynek megválasztása a baktérium fajtájától függ. A leggyakrabban alkalmazott szerek a penicillin, amoxocillin, amoxicillin-clavulánsav,

makrolidok, cefalosporinok, alkalmazási idejük általában 10 nap szokott lenni. Szükség lehet antipiretikum, expektoránsok adására is. (Ablonczy, Daróczi, 2005)

A szerző ezen a helyen is kifejezi köszönetét segítőinek, Dr. Ablonczy Máriának és Dr. Bán Évának.

Irodalomjegyzék

Ablonczy, M., Daróczi, K. (2005) Légúti fertőzések klinikuma és terápiája. Medicus Anonymus 2005/11, 43-46.

Tájékoztató szerzőink számára

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

A Kiadó elsősorban az ápolás egyes szakterületein elméleti és/vagy gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakemberek írásait várja.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

Kérjük jelenlegi és jövőbeni szerzőinket, hogy kézírataik elkészítésekor feltétlenül vegyék figyelembe azt a szempont-rendszert, amelyet a „Szerzői útmutató” tartalmaz, és amely a MESZK honlapján (www.meszk.hu) a NŐVÉR menüpont alatt található.

Az alábbiakban ismertetjük a „Szerzői Útmutató” rövid tartalmát.

- **Formai szempontok** a kézirat szövegének elkészítéséhez (formátum, szövegstílus, szintek, tördelés, terjedelem (FIGYELEM! Az előzőkhez képest ez a követelmény-rendszer módosult, egyszerűsödött! Természetesen az előző szabályok szerint készült kéziratot is fogadjuk.)
- **Ábrák és táblázatok** készítésének szabályai
- A kézirat **szerkezete**

- Az **eredeti közleményekre** vonatkozó szabályok
- Az **összefoglaló** szabályai (Gyakori probléma, hogy a szerzők túllépik a maximum 150 szó terjedelmet, és ezt korrigálni kell. Megjegyezzük, hogy az angol nyelvű összefoglaló hű fordítása a magyar szövegnek.)
- Az **irodalomjegyzék** elkészítésének szabályai. (FIGYELEM! Az előzőkhez képest a világhálóról nyert szakirodalom tekintetében ez a követelmény-rendszer módosult!)
- Mi történik a kézirattal
- Szerkesztőségi és kiadói kitételek
- Szerzői jog és másolás

Hová küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n, 3,5"-es floppy lemezen (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is. Ennek két változata van (egy szerzős kézirat és több szerzős kézirat), honlapunkon (www.meszk.hu) a NŐVÉR menüpont alatt mindkettő megtalálható és letölthető.
- A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

A Szerkesztőség