

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Biológiai terápiában részesülő betegek ismereteinek
felmérése

A foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe
és lehetőségei a lánglovagok
egészségfejlesztésében

Megváltozott munkaképességgel
az „egészségesek” világában



2011. 24. ÉVFOLYAM 6. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>



Meghívó

*„Tedd azt, amiben hiszel és higgy abban, amit teszel”
/Nisargadatta/*

Tisztelt Szakdolgozó!

Örömmel értesítjük, hogy az Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusát Szolnokon rendezzük meg, melyre tisztelettel meghívjuk.

Időpont: 2012. augusztus 23-24-25.

Helyszín: Szolnoki Főiskola, Campus
5000 Szolnok, Tiszaligeti sétány

Meghirdetett témák:

- Elképzelések a jövő egészségügyéről.
- Mi lesz veled humánerőforrás?
- Új technikák, módszerek alkalmazásának szakdolgozói tapasztalatai.
- Ápoláskutatás és gyakorlat kapcsolata.
- Kapcsolat civil szervezetekkel, partnerség.
- Mindennapok aktualitásai.
- Poszterszekció.
- Minden kollegát szeretettel várunk!

Tisztelettel:
a Szervező Bizottság nevében
Maroska Anikó
ápolási igazgató

információ: gyogyito@hetenyikorhaz.hu

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2011. december, 24. évfolyam 6. szám

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
EREDETI KÖZLEMÉNY	
Gyakran társul a depresszióhoz, szorongáshoz, borderline személyiségzavarhoz evés- és testképzavar?	
<i>Faragó Emese</i>	4
Biológiai terápiában részesülő betegek ismereteinek felmérése	
<i>Hudoba Mihályné, Raskovicsné Csernus Mariann, Ujfalussy Ilona PhD</i>	14
A foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe és lehetőségei a lánglovagok egészségfejlesztésében	
<i>Csete Katalin, Hirdi Henriett Éva</i>	26
AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA	
Megváltozott munkaképességgel az „egészségesek” világában	
<i>Gulyás Viktória Emese, Varga Hajnalka</i>	36

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozta:

LITERATURA MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Komáromi Nyomda, Komárom.
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. 24. No. 6. December 2011

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
ORIGINAL CONTRIBUTION	
Is depression, anxiety and borderline personality disorder frequently accompanied by eating disorder and body dysmorphia?	
<i>Emese Faragó</i>	4
Assessing the knowledge of patients participating in biological therapy	
<i>Mrs Mihályné Hudoba, Mariann Raskovicsné Csernus, Dr. Ilona Ujfalussy PhD</i>	14
The role and options of occupational health nurses in the health development of firefighters	
<i>Katalin Csete, Henriett Éva Hirdi</i>	26
NURSING IN PRACTICE	
Disabled workers in the world of the "healthy"	
<i>Viktória Emese Gulyás, Hajnalka Varga</i>	36

Főszerkesztő/Editor-in-Chief
Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor
Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board
Dr. Betlehem József
egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán
ápolási menedzser

Dr. Oláh András
egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné
ápolási igazgató

Tóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial off ce: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional — Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

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

Boldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

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

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

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

PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

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

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

Somogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*

Vízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

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

**MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK
SZÉP, BÉKÉS ÜNNEPEKET,
ÉS BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!**

**A NŐVÉR
SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA**



Készítette: **Focht Anita**, főiskolai végzettségű ápoló, BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula

Gyakran társul a depresszióhoz, szorongáshoz, borderline személyiségzavarhoz evés- és testképzavar?

Faragó Emese

szakmavezető ápoló, SzigetvárMed Nonprofit Kft., Pszichiátria

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerző vizsgálta a szorongásos, depressziós kórképekkel, valamint érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavar kórjelzéssel kezelt páciensek körében, az evés- és testképzavar előfordulásának gyakoriságát, összevetve a fenti betegségekkel nem kezelt kontrollcsoport eredményeivel.

Vizsgálati anyag és módszer: A kutatást 2009. február 1. és október 31. között a Szigetvári Egészségügyi Kft. Pszichiátriai osztályán végezte, kényelmi mintavételi technikával történő választással. A vizsgálat során az Evészavar Kérdőívet (Eating Disorder Inventory) (Garner et al., 1983), használt, melyet saját szerkesztésű kérdésekkel (testtömeg, testmagasság, demográfiai adatok) egészített ki. Beválasztási kritériumok: 18 és 50 év közötti életkorú, depresszió (BNO: F32-F34), szorongás (BNO: F41), borderline személyiségzavar (BNO: F6030) diagnózisokkal kezelt páciensek. Kizárási kritériumok: 18. életévet még be nem töltött és 51. életévet betöltött, illetve a fent megadottakon kívül szizofrénia, major affektív kórképek, oligofrénia, demencia diagnózisokkal kezelt páciensek. Kontrollcsoport: olyan 18 és 50 év közötti életkorú résztvevők, akik nem állnak pszichiátriai kezelés alatt. A célcsoport elemszáma $n_m=82$, a kontrollcsoport $n_c=85$, a teljes elemszám $N=167$. A statisztikai elemzés kétmintás T-próba, F-eloszlás és 2-próba elvégzéséből állt, Microsoft Office Excel 2007 szoftver segítségével.

Eredmények: A férfiak a „Bulimia” alskálában értek el magasabb pontszámot, mely szignifikancia-közeli ($p=0,06$), a nők a „Karcsúság iránti késztetés” ($p=0,01$) és a „Testtel való elégedetlenség” ($p<0,01$) alskáláin szignifikánsan magasabb pontokat értek el.

Következtetések: A három pszichiátriai betegcsoport egyik evészavarra vonatkozó alskálában sem érte el a küszöbértéket, noha szignifikánsan magasabb értékeket értek el a skálák többségében, mint a kontroll csoport tagjai. Az adatok alapján a vizsgált pszichiátriai kórképek és az evészavarok között nincs direkt, kauzális kapcsolat. Figyelmet érdemel azonban az a tény, hogy az evészavaros betegek családjában szignifikánsan gyakoribb a szülők pszichiátriai betegsége. A férfiak bulimia-skálán elért magasabb eredménye inkább a túlevéses zavarra (binge eating disorder) utal.

Kulcsszavak: evészavar, testképzavar, depresszió, borderline személyiségzavar, szorongás

Bevezetés

Kutatások igazolták, hogy az evés- és testképzavar egyre gyakoribb probléma, amely sokáig rejtve maradhat, mert az ebben szenvedő ember leplezni igyekszik betegségét. A kórképek súlyossága változó le-

het, mivel az egyéni variációk miatt a klinikai megjelenés nagyon sokszínű és rendkívül nagy a szubklinikai formák aránya is. Hazai adatok szerint a 18-35 éves nők 1-4%-a szenved evészavarokban, ezen belül a bulimia nervosa mintegy 2-3-szor gyakrabban fordul elő, mint az anorexia nervosa.

Ellenben ez utóbbi betegség 10 éven belüli mortalitása 8%! (Túry, 1996) Szumska Irena 1998-99-ben végzett reprezentatív kutatása alapján az összes evészavar prevalenciája 3,01% volt a 15-24 éves fiatal nők körében Magyarországon. (Szumska, Túry, Jakabfi, 2003) Minden korban nagyobb követelményeket állítottak a nők, mint a férfiak elé a megjelenés terén, azonban mióta a férfiak is jóval többet törődnek a külsejükkel, és azzal, hogy mit esznek, náluk is gyakoribb az evészavarok előfordulása. „Anorexia nervosában és bulimia nervosában a férfiak aránya az összes megbetegedés 2-10%-át teszi ki, az incidencia növekedése az utóbbi évtizedekben a nőknél észleltéhez hasonló” (Lukács, Túry et al. 2006).

Elméleti háttér

Kevés olyan tanulmány látott napvilágot hazánkban, amely önállóan és nem összehasonlításban vizsgálta a fiatal férfiak pszichológiai és egészségi állapotát. Nyugat-Európában és Amerikában az utóbbi évtizedekben észrevehetően emelkedett a homogén férfimintán végzett ilyen irányú vizsgálatok száma.

Lukács és munkatársai 2003 és 2005 között végzett kutatásukban azt vizsgálták, hogy az atlétaideál hangsúlyos szerepe, egyes férfiakra jellemző foglalkozásokban, kockázati tényező-e a testi elégedetlenség, illetve a fokozott testedzés tekintetében. Ennek alapjául az a tény szolgált, hogy több olyan személyiségjellemző van, mely közös az evészavaros nők, valamint az amatőr és profi sportolók esetében. Ilyenek pl. a versengés, a perfekcionizmus, a test alakjával való kényszeres foglalkozás.

Katonai főiskolás fiúkat és általános tudományegyetemi hallgatókat vontak be a kutatásba, mely nemcsak hazánkban, de Kelet-Közép Európában is az első ilyen jellegű tanulmány az izomdysmorphia leírása óta. A fő kérdés az volt, hogy annak mintájára, ahogy a nőknél vannak fokozott rizikójú csoportok (pl. modellek, táncosok) az evészavarok tekintetében, a férfiakra jellemző foglalkozási területeken az atlétaideál szintén rizikófaktorként jelenik-e meg a testtel

való elégedetlenség, az intenzív testedzés, illetve az izomdysmorphia szempontjából. A férfiakra kevésbé hat a karcsúságideál, esetükben a diétázás leggyakoribb oka a kövérség, illetve a testi megbetegedések elkerülése, valamint a sport. Az eredeti feltételezést, miszerint a „testi megjelenésre ható kulturális és a szakma jellegéből adódó professzionális nyomás” egymást erősítve fokozottan érzékennyé teszi a katonai pályát hivatásként választó férfiakat az evés- és testképzavarokkal szemben, az elvégzett vizsgálat nem igazolta. (Lukács, Túry et al. 2006)

Napjainkban a fiatalok táplálkozási szokásaira számos probléma jellemző, úgy, mint a túlzott kalória-bevitel, a gyorsételek fogyasztása, a rendszertelen étkezés, a szűkségtelen fogyókúra. Az egészséges táplálkozás kialakítása – ami az egészségfejlesztési programok egyik sarkalatos pontja – egyelőre sok nehézségbe ütközik.

Pikó Bettina és Keresztes Noémi arra keresték a választ 2007 első félévében Szegeden, hogy 15-20 éves középiskolás tanulók (n=256) milyen jellemvonásokat tulajdonítanak egészségesen, illetve egészségtelenül táplálkozó kortársaiknak – tehát milyen prototípusokat kapcsolnak e magatartásformákhoz. Ez jól tükrözi a táplálkozási magatartásokkal kapcsolatosan megjelenő attitűdöt. Önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztak, mely kiterjedt a minta étkezési magatartásának, étkezési szokásainak megismerésére (Eater Image Scale segítségével), valamint az étkezéssel kapcsolatos társas hatások és szociális képzetek feltérképezésére. A vizsgálat igazolta azt, hogy az étkezési szokások alapján is kialakulnak prototípusok: az egészségesen táplálkozókhoz olyan tulajdonságokat társítottak, mint inkább felelősséget vállaló, aktívabb, pedánsabb, fegyelmezettebb, magabiztosabb, jövőorientáltabb, okosabb, sportosabb, karcsúbb, elégedettebb, ápoltabb, vonzóbb, népszerűbb. Az egészségtelenül táplálkozókat kizárólag negatív tulajdonságokkal ruházták fel a fiatalok ($p < 0,001$): felelőtlenebb, passzívabb, hanyagabb, fegyelmeztelenebb, butább, dundibb, elégedetlenebb, ápolatlanabb, kevésbé vonzó és kevésbé népszerű.

Ez az egészségfejlesztési programoknak hasznos támpont, hiszen ezekre a prototípu-

sokra alapozhatják a további attitűdformálást. (Pikó, Keresztes, 2008)

Sztanó és munkatársai (2007) a családi tényezők szerepét elemezték az evészavarok kialakulásában és fenntartásában. Ezek a betegségek azért kezdődnek leginkább a serdülő- és ifjúkorban, mert ez az az időszak, amikor szeparáció-individualizáció folyamatában a családi konfliktusok és interperszonális problémák jelentkeznek. Az evészavarok kialakulásában nem csak az egyéni érzékenyítettség játszik szerepet, hanem az egyén környezete, főként a hozzá legközelebb álló emberek, családtagok szerepe is óriási.

Az evészavaros taggal rendelkező családok legfontosabb jellemzői a következők:

1. összemosisottság – a családtagok közötti extrém közelség;
2. overprotektivitás – a szülők erősen védik mindentől a gyermeket;
3. rigiditás – a szabályokhoz való görcsös ragaszkodás;
4. a konfliktusok megoldásának kerülése;
5. a tünehordozó gyermek bevonása a családi konfliktusba „villámhárító”-ként.

A kollektivitás-érzés olyannyira kifejezett az ilyen családokban, hogy az egyén háttérbe szorul. Az interakciók jellemzői a következők:

1. A családtagok visszautasítják vagy érvénytelenítik egymás üzeneteit.
2. A szülők vonakodnak vállalni a vezető szerepet.
3. A két tag közötti nyílt szövetség egy harmadik családtag ellen tiltott, viszont a titkos koalíciók igen gyakoriak.
4. A családtagok nem készek arra, hogy hibáikért felelősséget vállaljanak.

Az evészavarok kialakulásának szempontjából kétségtelen kockázatot jelent a gyermek önállóságának jelentős korlátozása, a családtagok nem egyértelmű kommunikációja, a konfliktusok kerülése, az érzelmek kifejezésének gátoltsága, valamint a fentieken kívül az egészen korai etetési szokások és egy másik családtag evészavara is. Protektív tényezőként a családon belüli nyílt, egyenes, kongruens kommunikációt említik a szerzők. (Sztanó, Ress, Pászthy, 2007)

Keel és munkatársai 1982-ben indították el az Amerikai Egyesült Államokban felméré-

résüket, melynek során a serdülőkorban, majd 10 és 20 év múlva megvizsgálták nők (n=465) és férfiak (n=189) étkezési szokásait. Figyelemmel kísérték az étkezési magatartást és annak átalakulásait és magyarázatot kerestek az étkezési zavarok megjelenésére és változásaira. Ez egy olyan rendkívüli longitudinális vizsgálat volt, amelyben a résztvevők száma a 20. év végére mindössze csak 14%-kal csökkent.

A tanulmány azt vizsgálja, hogy a stabilitás és a változás az életút során hogyan befolyásolja a táplálkozási magatartást a nők és a férfiak esetében. Felvették velük a demográfiai háttérre, testmagasságra, testsúlyra, általános étkezési szokásokra, fogyókúrázási szokásokra, étkezési rendellenesség tüneteire (falásrohamok, önhánytatás, hashajtók és vízajtók használata, koplalás) vonatkozó kérdőívet az egyetemi éveik alatt, majd 10 és 20 év múlva. Ezen kívül nyomon követték a megkérdezettek családi állapotában, iskolai végzettségében, a karrierjében, és a gyermekek számában bekövetkező változásokat.

Az életkor előrehaladásával mindkét csoportban jelentősen csökkent a mértéktelen evés, valamint a nőknél számottevően csökkent a hashajtók használata és a koplalás, ellenben a hányás, mint súlycsökkentő manipuláció, megmaradt. Adataik szerint nők esetében a házasság és családalapítás kedvezően befolyásolta az étkezési szokásokat, a férfiaknál nem találtak ilyen összefüggést. (Keel, Baxter et al. 2007) Hudson és munkatársai (2007) szintén az USA-ban végeztek reprezentatív kutatást 2001 és 2003 között, amelynek célja az anorexia nervosa, a bulimia nervosa és a túlevéses zavar prevalenciájának vizsgálata volt, összefüggésben az életkorral és a mentális egészséggel. A 18. életévüket betöltött, angolul beszélő USA-beliakkal végeztek reprezentatív felmérést (n=9282). Azt találták, hogy ezen evészavarok élettartam-prevalenciája a teljes mintán 4,5%, ezen belül a nőknél 1,75-3-szor gyakoribb az előfordulásuk. A túlevéses zavar szubklinikai formája viszont a férfiaknál 3-szor olyan gyakori, mint a nők esetében. Csak a túlevéses zavart és annak szubklinikai formáját tekintve a férfiak és a nők érintettsége azonos. Az anorexia nervosában és a bulimia nervosában szenvedők között nagy arány-

ban találtak férfiakat: mindegyik zavarnál az esetek egynegyedében.

Az evészavarosok mintegy fele (50-63,2%) nyilatkozott úgy, hogy fordult már háziorvosához érzelmi, hangulati problémák miatt, 36,3-48,3%-ukat pedig pszichiáter is kezelte. (Hudson, Hiripi et al. 2007)

A vizsgálat célja

Kutatásomban a másik oldaláról vizsgálok meg ezt a kérdést: a meghatározott körképekben mekkora az evés- és testképzavarok megjelenésének aránya?

A vizsgálat alapjául szolgáló feltevéseim a következők voltak:

1. Az evés- és testképzavar előfordulása várhatóan gyakoribb depressziós körképek (BNO szerinti F32-F34), szorongásos zavarok (F41) és érzelmileg labilis személyiségzavar (F6030) diagnózisokkal kezelt páciensek között, mint a pszichiátriai betegséggel nem kezelt populációban.
2. A nők között feltehetően magasabb az evés- és testképzavarban szenvedők száma, mint a férfiak körében.

Vizsgálati módszer és minta

Vizsgálatom keresztmetszeti, retrospektív, kvantitatív kutatás, melynek célcsoportja a hipotézisben megnevezett diagnózisok (depresszió, szorongásos körképek, érzelmileg labilis személyiségzavar) valamelyikével kezelés alatt álló páciensek.

Célcsoport beválasztási kritériumai: 18 és 50 év közötti életkorú, BNO szerinti F32-F34 (depresszió), F41 (szorongás), F6030 (érzelmileg labilis személyiségzavar) diagnózisokkal kezelt páciensek. (Itt a fődiagnózist vettem alapul.)

Kizárási kritériumok: 18. életévet még be nem töltött és 51. életévet betöltött, illetve a fent megadottakon kívül schizofrénia, major affektív körképek, oligofrénia, demencia diagnózisokkal kezelt páciensek.

Kontrollcsoport beválasztási kritériumai: olyan 18 és 50 év közötti életkorú résztvevők, akik nem állnak pszichiátriai kezelés alatt.

Kizárási kritériumok a kontrollcsoportnál: akik a 18. életévüket még nem töltötték be, illetve 51. életévüket betöltötték, valamint bármilyen pszichiátriai diagnózissal kezelésben részesülnek.

Kutatásomat a Szigetvári Egészségügyi Kft. Pszichiátriai osztályán és szakrendelésén végeztem 2009. február 1. és október 31. között, kényelmi mintavételi technikával történő választással, a páciensek önkéntes hozzájárulásával, anonim módon. A kontrollcsoport tagjai is kényelmi mintavétellel, önkéntes alapon, az anonimitás megtartásával kerültek kiválasztásra.

A vizsgálat során az Evészavar Kérdőívet használtam, melyet Garner és munkatársai dolgoztak ki 1983-ban Eating Disorder Inventory (EDI) néven. (Garner, Olmstedt, Polivy, 1983) Ez a leggyakrabban használt kérdőív az evészavarok kutatásában. Magyar adaptációját Túry és munkatársai (1997) végezték. Ez egy 64 tételből álló, Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív, amely az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedéses tényezőket értékeli 8 alskálában.

A kérdőívhez csatolt saját kérdéseimmel demográfiai adatokra és a vizsgálandó problémával összefüggő paraméterekre (testmagasság, testtömeg) kérdezek rá. A testtömeg, valamint ebből következően a BMI függő változók, független változóim a kor és a biológiai nem, a családi állapot és az iskolai végzettség.

110 db kérdőívet osztottam szét a célcsoportban és szintén 110db-ot a kontrollcsoport tagjai között, melyekből 82 db, illetve 85 db értékelhető kérdőívet kaptam vissza, ami 76%-os kitöltési arányt jelent. Így tehát a célcsoport elemszáma $n=82$, a kontrollcsoport $n=85$, a teljes elemszám $N=167$.

A célcsoport átlagéletkora 40,7 év, a kontrollcsoporté 34,4 év, a teljes mintát tekintve az átlagéletkor 37,5 év. A célcsoporton belül 20 fő szenvedett szorongásos körképekben, 27 fő volt depressziós és 35 főt érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavar diagnózissal kezeltek.

A feldolgozás során a célcsoport által az Evészavar Kérdőív alskáláiban elért pontszámokat hasonlítottam össze a kontrollcsoport eredményeivel, valamint ugyanezt el-

végeztem a férfiak és a nők pontszámaival is. Ezen felül összevettem a különböző csoportok testtömeg-indexek átlagait, itt arra is kitértem, hogy akinél alacsony a BMI, ehhez milyen eredményt hozott az Evészavar Kérdőívben.

A statisztikai elemzés kétmintás T-próba, F-eloszlás és χ^2 -próba elvégzéséből állt, Microsoft Office Excel 2007 szoftver segítségével. A szignifikancia-szintet $p \leq 0,05$ érték-nél állapítottam meg.

Eredmények

Az Evészavar Kérdőívben kapott eredményeket alskálánként összesítettem és összehasonlítottam a célcsoport pontszámait összesen és betegségcsoportonként is a kontrollcsoport eredményeivel.

A következő eredményeket kaptam:

1. **Karcsúság iránti késztetés:** a testsúly miatti aggodalmat, a hízástól való nagyfokú rettegést, a soványságra való törekvést, a fogyókúrázással való túlzott foglalkozást mutatja (Túry, Szabó, 2000).

A betegségcsoportok közül a borderline személyiségzavarban szenvedők értékei a legmagasabbak ($p=0,001$). A szorongó betegek pontszámai közelítenek leginkább a kontrollcsoportéhoz. **(I. táblázat)**

A nemek szerinti összehasonlításban említést érdemel, hogy a nők a kontrollcsoport-

ban szignifikánsan ($p=0,001$) magasabb értékeket mutatnak a férfiaknál, de ha a cél- és kontrollcsoport eredményeit összességében nézzük, a két nem közötti szignifikancia-szint kisebb ($p=0,01$). Az is látható, hogy a célcsoporthoz tartozó férfiak átlagai meghaladják a kontrollcsoporthoz tartozó nőket.

(II. táblázat)

2. **Bulimia:** a kontrollálatlan túlevésekre sarkalló, valamint az ezt követő önhánytatás lehetőségére mutató tendenciákat jelöli, de önmagában nem elég a bulimia diagnosztizálásához (Túry, Szabó, 2000).

A borderline csoport mutat szignifikáns ($p < 0,005$) eltérést. A depressziósok a kontrollcsoporthoz közeli eredményt értek el, míg a szorongásos betegek az összes többihez képest a legalacsonyabb értéket hozták: a borderline-okhoz képest $p < 0,001$. **(III. táblázat)**

Ebben az alskálában a borderline csoport mutat szignifikáns ($p < 0,005$) eltérést. A depressziósok a kontrollcsoporthoz közeli eredményt értek el, míg a szorongásos betegek az összes többihez képest a legalacsonyabb értéket hozták: a borderline-okhoz képest $p < 0,001$. **(IV. táblázat)**

3. **Testtel való elégedetlenség:** arra a meggyőződésre utal, hogy valamely testrésznek meg kellene változnia vagy túlságosan kövér. Gyakran kapcsolódik a testképzavarhoz alacsony önértékelés, negatív énkép (Túry, Szabó, 2000).

I. táblázat: A „Karcsúság iránti késztetés” alskála eredményei a cél- és kontrollcsoportban

	Depressziós n=27	Szorongó n=20	Borderline n=35	Célcsoport együtt n=82	Kontrollcsoport n=85
Átlag	6,592593	4,9	7,114286*	6,402439	3,658824
Szórás	4,963399	4,843878	6,062282	5,442992	5,067527
Minimum	0	0	0	0	0
Maximum	19	16	18	19	18

II. táblázat: Nemek szerinti eredmények a „Karcsúság iránti késztetés” alskálában

	Célcsoport férfiak n=27	Célcsoport nők n=55	Kontrollcsoport férfiak n=25	Kontrollcsoport nők n=60	Férfiak együtt n=52	Nők együtt n=115
Átlag	5,074074	7,054545	2,16	4,283333*	3,673077	5,608696**
Szórás	4,914077	5,612216	3,118226	5,590827	4,364389	5,747151
Maximum	18	19	13	18	18	19

III. táblázat: A „Bulimia” alskála eredményei a cél- és kontrollcsoportban

	Depressziós n=27	Szorongó n=20	Borderline n=35	Célcsoport együtt n=82	Kontrollcsoport n=85
Átlag	0,962963	0,3**	2,371429*	1,402439	0,84706
Szórás	1,870448	0,656947	3,556979	2,702809	1,85489
Minimum	0	0	0	0	0
Maximum	8	2	13	13	9

IV. táblázat: Nemek szerinti eredmények a „Bulimia” alskálában

	Célcsoport férfiak n=27	Célcsoport nők n=55	Kontrollcsoport férfiak n=25	Kontrollcsoport nők n=60	Férfiak együtt n=52	Nők együtt n=115
Átlag	2,222222*	1	0,4	1,033333	1,346154**	1,017391
Szórás	3,29724	2,285218	0,912871	2,107023	2,603803	2,184405
Maximum	12	13	3	9	12	13

Ebben a skálában a depressziós betegek teljesítettek szignifikánsan magasabban ($p=0,05$). Itt is a szorongó csoport hozta a legalacsonyabb átlagot az összes vizsgált mintán belül. (V. táblázat)

A nemek szerinti bontásban a nők egyértelműen elégedetlenebbek a testükkel, e tekintetben egyöntetűen minden csoportban szignifikánsan felülmúlták a férfiakat. (VI. táblázat)

a kontrollcsoport, minden alcsoport jóval magasabb átlagot ért el, ezen belül is a borderline-ok emelkednek ki leginkább.

5. *Interperszonális bizalmatlanság*: a közeli kapcsolatoktól való tartózkodást és az érzelmek kifejezésének nehezítettségét fejezi ki (Túry. Szabó, 2000).

A kontroll mintában szignifikánsan alacsonyabbak ($p<0,005$) az eredmények, mint a célcsoportban. Minden alcsoport-

V. táblázat: A „Testtel való elégedetlenség” alskála eredményei a cél- és kontrollcsoportban

	Depressziós n=27	Szorongó n=20	Borderline n=35	Célcsoport együtt n=82	Kontrollcsoport n=85
Átlag	9,740741*	7,2	9,085714	8,841463	7,635294
Szórás	5,965236	6,887059	7,261386	6,755829	7,521156
Minimum	0	0	0	0	0
Maximum	22	20	27	27	24

VI. táblázat: Nemek szerinti eredmények a „Testtel való elégedetlenség” alskálában

	Célcsoport férfiak n=27	Célcsoport nők n=55	Kontrollcsoport férfiak n=25	Kontrollcsoport nők n=60	Férfiak együtt n=52	Nők együtt n=115
Átlag	6,925926	9,781818*	4,72	8,85**	5,865385	9,295652***
Szórás	5,355988	7,20517	5,748333	7,873631	5,604721	7,54283
Maximum	18	27	24	24	24	27

4. *Elégtelenség érzése*: alapvető jellemzője az evészavaroknak. Az értéktelenség érzése kapcsolódik az erős külső kontroll jelenlétéhez, mert a beteg úgy érzi, nem ő irányítja az életét (Túry, Szabó 2000).

Ebben az alskálában a célcsoport szignifikánsan jobban érintett ($p<0,001$), mint

ban magasabb átlagokat látunk és leginkább a borderline-ok átlaga emelkedik ki ($p<0,001$).

6. *Interoceptív tudatosság*: az anorexia nervosa egyik jellegzetessége; bizonytalanságot jelez a belső érzékelések (éhség, jóllakottság) és az érzelmek azonosításában (Túry, Szabó, 2000).

Itt szintén a célcsoport szignifikánsan nagyobb ($p < 0,001$) átlagai mutatkoznak meg, közülük is kimagaslik a borderline-ok átlaga.

7. *Félelem a felnőtté válástól*: azt mutatja, hogy az egyén nyomasztónak találja a felnőttkor elvárásait, visszavágyik a gyermekkor biztonságába. A növekedéshez, fejlődéshez szükséges étel elutasítása analóg a pszichológiai fejlődés elutasításával (Túry, Szabó, 2000).

Ebben az alskálában is az látható, hogy a célcsoport szignifikánsan magasabban ($p < 0,05$) teljesített, mint a kontrollcsoport. Itt a depressziós betegek hozták a legmagasabb átlagot ($p < 0,001$) és a borderline-minta sem sokkal marad el tőlük ($p < 0,05$).

8. *Perfekcionizmus*: a szülők magas elvárásaihoz való túlzott alkalmazkodás és a szigorú felettes én (superego) megnyilvánulása. Az anorexia nervosások egyik alapvető sajátossága (Túry, Szabó, 2000).

Ebben a skálában a borderline-ok eredményei magasnak ki szignifikánsan ($p < 0,001$), olyannyira, hogy ez a célcsoport átlagára is komoly hatással ($p < 0,01$) van. (VII. táblázat)

A minta nemek szerinti vizsgálata nem mutat szignifikáns eltérést, de érdekes, hogy a kontrollcsoportban a férfiaknál kisebb a BMI-k átlaga ($25,6 \text{ kg/m}^2$), mint a nőknél ($25,7 \text{ kg/m}^2$).

A kontrollcsoportban 4 nőt találtam a $17,5 \text{ kg/m}^2$ vagy az alatti BMI kategóriájában, közülük egy a „Karcsúság iránti készletés” alskálán 18 a „Testtel való elégedetlenség”-nél pedig 9 pontot ért el – ez szubklinikai érték. Ketten egyaránt 24 pontot értek el a „Testtel való elégedetlenség”, valamint 13 és 18 pontot a „Karcsúság iránti készletés” alskálában, ami eléri a klinikai határt.

A célcsoportban 2 nőnél találtam $17,5 \text{ BMI}$ -t, melyben az egyik szorongó beteg, ő a „Testtel való elégedetlenség”-nél 14 pontot teljesített. A másik érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavaros, akinek a „Testtel való elégedetlenség” alskálában 9 pontja lett. A „Karcsúság iránti készletés” alskálán egyikük sem érte el a szubklinikai határt.

Az Evészavar Kérdőívben elért eredmények felől vizsgálva:

A célcsoportban a „Karcsúság iránti kész-

VII. táblázat: A „Perfekcionizmus” alskála eredményei a cél- és kontrollcsoportban

	Depressziós n=27	Szorongó n=20	Borderline n=35	Célcsoport együtt n=82	Kontrollcsoport n=85
Átlag	6,62963	6,45	8,028571*	7,182927**	4,447059
Szórás	3,712227	4,82837	5,25517	4,693384	3,633527
Minimum	0	0	0	0	0
Maximum	15	16	18	18	15

VIII. táblázat: A testtömeg-index átlagai a cél- és kontrollcsoportban

	Depressziós n=27	Szorongó n=20	Borderline n=35	Célcsoport együtt n=82	Kontrollcsoport n=85
Átlag	27,41852	26,105	27,32286	27,05732*	24,38941
Szórás	4,867003	5,354926	6,714212	5,792269	4,344126
Minimum	19,5	14,8	15,8	14,8	14,2
Maximum	35,5	35,8	55,4	55,4	38,1

A testtömeg-index a célcsoportban összességében és külön-külön mindegyik alcsoportban is meghaladja a 25 kg/m^2 -t, tehát a túlsúlyos kategóriába esik. A kontrollcsoport szignifikánsan alacsonyabb ($p < 0,005$) értékeket mutat, és a normál BMI-tartományba kerül. (VIII. táblázat)

testés” alskálán 14 vagy annál több pontot elérők között 2 borderline személyiségzavaros férfit találtam, egyikük BMI-je 28 kg/m^2 , a másiknak $22,1 \text{ kg/m}^2$ a testtömeg-indexe. A nők közül kilencen érték el a klinikai határt, melyből hatnak 25 kg/m^2 felett van a BMI-je, hárman 22-23 közötti testtömeg-index-

szel rendelkeznek. Az utóbbi háromból két nő érzelmileg labilis személyiségzavaros, egyikük pedig depressziós.

A „Bulimia” alskálában 2 fő, egy nő és egy férfi érték el 12 pontos klinikai határt. Mindketten borderline személyiségzavaros és a BMI-jük 25 kg/m² feletti.

A „Testtel való elégedetlenség” alskálában hárman érték el 21 pont feletti eredményt, mindhárman a túlsúlyos kategóriába tartoznak.

A kontrollcsoportban 5 nő ért el 14 vagy annál több pontot a „Karcúság iránti késztetés” alskálán, közülük kettőnek 17,5 kg/m²-nél nem volt több a testtömeg-indexe, egynek pedig 18 kg/m².

A szubklinikai értéknek számító 10 és 13 közötti pontszámot egy férfi (BMI: 28,3 kg/m²) és 6 nő érte el. A nők közül egynek 17,5 kg/m² alatti volt a BMI-je, három a normál súlyúak, kettő a túlsúlyosak közé tartozik.

A „Bulimia” alskálán senki nem érte el a klinikai határértéket a kontrollcsoportban.

A „Testtel való elégedetlenség” alskálában 1 férfi ért el minimum 21 pontot, az ő BMI-je 28,3 kg/m². A 7 nő közül pedig, akik még ide sorolhatók, kettő 17,5 kg/m² alatti, egy pedig 18 kg/m² BMI-vel rendelkezik. Egy fő volt normál testalkatú, három pedig túlsúlyos.

Következtetések, javaslatok

A vizsgálat során az Evési Zavar Kérdőív alskáláiban elért eredményeket hasonlítottam össze több bontásban is: a célcsoport pontszámait összességében és a vizsgált betegcsoportok – szorongásos zavarokkal küzdők, depressziós betegek és érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavarosok – szerinti bontásban is összevetettem a kontrollcsoport eredményeivel. Néhány alskálában a különböző betegcsoportok közötti összevetést is indokolt volt elvégezni.

Feltételeztem, hogy az evés- és testképzavar előfordulása várhatóan gyakoribb a depressziós kórképek (BNO szerinti F32-F34), szorongásos zavarok (F41) és érzelmileg labilis személyiségzavar (F6030) diagnózisokkal kezelt páciensek között, mint a pszichiátriai betegséggel nem kezelt populációban.

Az eredmények azt mutatták, hogy a betegcsoportok tagjai a skálák többségében szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el, mint a kontrollcsoport tagjai, de a klinikai küszöbértékektől elmaradtak. Az érzelmileg labilis csoport átlaga a „Karcúság iránti késztetés” alskálában 7,11 pont, ezzel ők közelítették meg legjobban a 10 pontos szubklinikai határt. Legtöbb esetben a borderline csoport teljesített a többiekénél magasabban. A „Testtel való elégedetlenség” skálában a depressziós betegek átlaga lett a legmagasabb, ami nem meglepő, hiszen gyakran kapcsolódik a testképzavarhoz alacsony önértékelés, negatív énkép – ami a depresszió jellemző tünete. A szorongásos betegek viszont nem egy alskálában a többiekénél alacsonyabb eredményeket értek el. A célcsoportban a testtömeg-indexek átlagai is szignifikánsan magasabbak voltak.

A célcsoportban azoknak, akik elérték a „Karcúság iránti késztetés” alskálán a 14 pontos klinikai határértéket, nem volt alacsony a testtömeg-indexük, míg a kontrollcsoportban a küszöbértéket teljesítők között három nőnek volt kóros soványságra utaló BMI-je. Ők a „Testtel való elégedetlenség” alskálán is magas pontszámokat értek el.

Az adatok alapján a hipotézisem nem igazolódott be, noha a célcsoport szignifikánsan magasabban teljesített az Evészavar Kérdőív több alskálájában is, mégis a kontrollcsoportban voltak többen azok, akik megfeleltek az anorexia nervosa néhány kritériumának (alacsony BMI, testképzavar, soványságra törekvés) – minden ismérvet vizsgálni jelen kutatásban nem volt célom.

Kaye és munkatársai (2004) azt találták, hogy az evészavarok az esetek több, mint 60%-ában szövődnek szorongásos betegségekkel. (Kaye, Bulik et al. 2004) A saját eredményeim alapján a vizsgált betegcsoportok közül a szorongó betegeknel jelentkezik legkevésbé az evészavar komorbiditásként, tehát a fenti megállapítás ellenkezője nem igazolódott. Összességében is arra az eredményre jutottam, hogy a vizsgált betegcsoportok és az evés- és testképzavarok között ok-okozati kapcsolat nem áll fenn. Figyelmet érdemel azonban az a tény, hogy az evészavarosok családjában szignifikánsan nagyobb a szülő pszichiátriai betegsége. Hajnal és munkatár-

sai (2004) is leírták, hogy az anya depressziója erősen hat a gyermek pszichopatológiai tüneteire. (Hajnal, Susánszky et al. 2004)

A második hipotézisem szerint a nők között feltehetően magasabb az evés- és testképzavarban szenvedők száma, mint a férfiak körében.

A statisztikai próbákat elvégeztem a férfiak és a nők eredményei között – célcsoportban, kontrollcsoportban és együttvéve is – minden alskálában.

A nők szignifikánsan magasabb értékeket értek el a „Karcsúság iránti készítés”, a „Testtel való elégedetlenség” és az „Interoceptív tudatosság” alskálákban. A nők körében találtam három olyan esetet – a teljes minta 1,8%-a –, ahol a 17,5 kg/m² vagy az alatti BMI együtt járt a fenti skálákban a klinikai küszöböt elérő vagy azt meghaladó pontszámokkal. A férfi mintán ilyen eset nem fordult elő.

Kiegészítésként mindenképpen fontos megemlíteni azt, hogy a férfiak a „Bulimia” alskálában a nőknél magasabban teljesítettek, ehhez viszont nem társul magasabb átlag a többi skálában. Visszanézve, hogy ezek a pontok mely kérdésekre adott válaszokból adódnak össze, kiderült, hogy a túlevésekre vonatkozó pozitív válaszok voltak nagyobb számban, az önhánytatásra vonatkozóak száma viszont elenyésző. Ennek értelmében azt feltételezem, hogy a férfiak „Bulimia” alskálában elért magasabb eredménye a túlevéses zavarra (binge eating disorder) utal. Ezt alátámasztja az is, hogy Hudson és munkatársai (2007) szerint a túlevéses zavar szubklinikai formája háromszor gyakoribb a férfiak, mint a nők esetében. (Hudson, Hiripi et al. 2007) Elmondható tehát, hogy a vizsgált mintán ez a hipotézis beigazolódott.

Kutatási eredményeim korlátait a következőkben látom:

- ⇒ a vizsgálat eredményeit a kisszámú minta miatt csak korlátozottan lehet figyelembe venni;
- ⇒ a mintán belül a férfiak kisebb válaszadási hajlandóság miatt alulreprezentáltak;

⇒ a kontrollcsoport tagjai saját állításuk szerint nem álltak pszichiátriai kezelés alatt, de ezt nem ellenőriztem.

Javaslataim a következők:

- ⇒ Fontosnak tartom a pszichés betegségekkel kezelt szülők gyermekeinek figyelemmel kísérését, gondozását, attól függetlenül, hogy mutatnak-e mentális betegségekre, evészavarra utaló tüneteket vagy sem.
- ⇒ Az evés- és testképzavarok prevenciójában nagy szerepe van a tömegkommunikációnak. Már több országban elindult olyan kezdeményezés, hogy a túl sovány modellek nem kerülhetnek képernyőre. Reményeim szerint hazánkban is ez a tendencia érvényesül a következő években. Érdekes adalék ehhez Túry könyvéből: a hazai szépségverseny-győztesek testtömeg-indexe 1996-ban 17 kg/m², 1997-ben 18 kg/m², 1998-ban pedig 16,7 kg/m² volt! (Túry, Szabó, 2000)
- ⇒ Norton és munkatársai (1996) még az ártatlan gyermekjátékok is felelősségét is megnevezték az evés- és testképzavarok lehetséges okaiként: Barbie baba extrém sovány méreteinek csak minden százazredik nő alakja felel meg. Ehhez képest Ken babáéhoz minden ötvenedik férfi alkata hasonló. Azt is megállapították, hogy ha a kirakati divatbábuk hús-vér nők volnának, nagy valószínűséggel nem menstruálnának, olyan alacsony lenne a BMI-jük. (Norton, Olds et al. 1996) Tehát már gyermekkortól fontos a normál testalkat ideálisként való kommunikálása.
- ⇒ Javaslom továbbá a középiskolákban és a felsőfokú oktatási intézményekben a tanulók, hallgatók szűrését e zavarok irányában minden iskolaorvosnál vagy családorvosnál történő megjelenés alkalmával.
- ⇒ Végül fontosnak tartom azt, hogy az egészséges életmódra, egészséges táplálkozásra való nevelés során ne csak az elhízás veszélyeit mutassák be, hanem a kóros soványság, valamint a purgálás veszélyes szövődményeiről is essen szó.

Irodalomjegyzék

1. Garner, Olmstedt, Polivy (1983): Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 2:15-34.
2. Hajnal, Á., Susánszky, É., Szántó, Zs., Csoboth, Cs. (2004): A szülő depresszív hangulatának és a gyermek magatartás-problémáinak összefüggése, *LAM*, 14(12):878-886.
3. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope H. G., Jr., Kessler R. C. (2007): The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Biol Psychiatry*, 61(3):348-358.
4. Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. (2004): Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa *Am J Psychiatry*, 161(12):2215-2221.
5. Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., Joiner, T. E. Jr. (2007): A 20-Year Longitudinal Study of Body Weight, Dieting, and Eating Disorder Symptoms *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2):422-432.
6. Lukács, L., Túry, F., Argalász, A., Murányi, I. (2006): A testépítés gyakoriságának és az evészavarok egyes háttértényezőinek preventív vizsgálata fiatal férfiakon, *LAM*, 16(3):242-247.
7. Norton, K. I., Olds, T. S., Olive, S., Dank, S. (1996): Ken and Barbie at life size, *Sex Roles*, 34:287-294.
8. Pikó, B., Keresztes, N. (2008): Fegyelmezett és vonzó? Fiatalok egészséges és egészségtelen étkezésről alkotott véleményeinek prototípusai, *Pszichológia*, 28(3):287-299.
9. Sztanó, F., Rész, K., Pászthy, B. (2007): Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1):49-61.
10. Szumska, I., Túry, F., Jakabfi, P. (2003): Az evészavarok prevenciója – Kérdések és ellentmondások, *LAM*, 13(1): 24-28.
11. Túry, F. (1996): A depresszió és az evészavarok, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 1: 83-85.
12. Túry, F., Sáfrán, Zs., Wildman, M., László Zs. (1997): Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja, *Szenvedélybetegségek*, 5:336-342.
13. Túry, F., Szabó, P. (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa, *Medicina Könyvkiadó Rt.*, Budapest.

Is depression, anxiety and borderline personality disorder frequently accompanied by eating disorder and body dysmorphia?

Emese Faragó

Summary

Aim of the study: The author studied the prevalence of eating disorders and body dysmorphic disorders among patients treated for anxiety, depressive syndromes and emotionally unstable (borderline) personality disorder, in comparison with the results of a control group that was not being treated for the above illnesses.

Sample and method: The research was conducted between 1 February and 31 October at the Psychiatric Department of Szigetvári Egészségügyi Kft., using a convenience sampling method. In the course of the survey they used the Eating Disorder Inventory (Garner et al), which they supplemented with their own questions (body mass, body height, and demographic data). Selection criteria: Patients aged between 18 and 50 years, treated with a diagnosis of depression (BNO: F32-34), anxiety (BNO: F41), borderline personality disorder (BNO: F6030). Exclusion criteria: below 18 or over 51 years of age, or patients treated, in addition to the above, with a diagnosis of schizophrenia, major affective syndromes, oligophrenia, or dementia. Control group: participants aged between 18 and 50 years who are not under psychiatric treatment. Population of the target group: $n_m=82$; the control group $n_c=85$; total population $N=167$. The statistical analysis consisted of a two-sample T-test, F-distribution and 2-test, using Microsoft Office Excel 2007 software.

Results: The men received a higher score, close to significance ($p=0.06$) on the "Bulimia" subscale, while the women achieved significantly higher scores for the "Drive for thinness" ($p=0.01$) and "Body dissatisfaction" subscales.

Conclusions: The three groups of psychiatric patients did not reach the threshold value in any of the subscales pertaining to eating disorders, although they did achieve significantly higher scores on most of the scales than the members of the control group. Based on the data, there is no direct causal relationship between the studied psychiatric syndromes and eating disorders. It is, however, worth noting that in the families of patients with eating disorders the prevalence of psychiatric illness is significantly higher among the parents. The higher score achieved by the men on the bulimia scale mainly points to binge eating disorder.

Key words: eating disorder, body dysmorphia, borderline personality disorder, anxiety

Biológiai terápiában részesülő betegek ismereteinek felmérése

Hudoba Mihályné

ápoló, Honvédkórház, Állami Egészségügyi Központ Reumatológiai Szakambulancia

Raskovicsné Csernus Mariann

tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék

Dr. Ujfalussy Ilona PhD

osztályvezető főorvos, Honvédkórház, Állami Egészségügyi Központ Reumatológia

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők, a betegek véleménye alapján felméri a biológiai terápia életminőségre kifejtett hatásait. Vizsgálják a biológiai terápiában részesülő betegek ismereteit a terápiával, annak megkívánt és nem kívánt hatásaival kapcsolatban. Továbbá vizsgálják, hogy az öninjekciózás megtanulása, valamint alkalmazása mennyire jelent nehézséget a betegek számára.

Vizsgálati módszer: A kutatásban vizsgált betegek a Honvédkórház, Állami Egészségügyi Központ Reumatológiai Szakambulanciáján működő biológiai terápiás centrum, valamint egy vidéki centrum gondozott betegeinek köréből kerültek ki. (N=117) A jelen vizsgálatban (a beteg ismereteinek felmérésére) alkalmazott kérdőív feldolgozása prospektív módszerrel, az adatok feldolgozása Microsoft Excel és SPSS statisztikai programok segítségével történt.

Eredmények: A biológiai terápiában részesülők első helyen a fájdalom csökkenését, második helyen az általános állapot javulását, harmadik helyen a mozgásfunkciók javulását említik. A megkérdezettek 69,2% egy hónapon belül javulást észlelt a biológiai terápiás kezeléstől. A megkérdezettek 55,6%-a egyáltalán nem ismeri az előfordulható mellékhatásokat. A megkérdezettek 10%-a tudja teljes mértékben, 63%-a részben, és 27% egyáltalán nem tudja, mikor kell szüneteltetnie a megkezdett biológiai terápiát. A betegek 35,6%-ánál már az első alkalommal történő önállóan végzett injekció beadása sem jelentett problémát.

Következtetések: A szerzők hangsúlyozzák a betegek tájékoztatásának fontosságát, valamint a megszerzett ismeretekről a folyamatos visszacsatolás szükségességét, az információk ellenőrzését, mert ezek a biológiai terápia hatékonyságát is növelik.

Kulcsszavak: ápoló, betegelégedettség, életminőség, öninjekciózás, reumatológiai betegségek

Bevezetés

A népbetegségekkel (magas vérnyomás, cukorbetegség, csontritkulás) ellentétben az autoimmun betegségek nem túlzottan gyakoriak, előfordulásuk betegségként 0,01-1%-ra tehető. Mindez azonban azt jelenti, hogy hazánkban is több ezer autoimmun beteg van, akikben az immunrendszer kóros működése miatt számos szervben autoimmun gyulladás alakul ki, amely megfelelő kezelés, gondozás hiányában tönkretetheti

ezeket a szerveket, szöveteket. Mivel az említett népbetegségekkel ellentétben az autoimmun kórképekről népbetegségekkel ellentétben az autoimmun kórképekről a társadalom és maguk a betegek is jóval kevesebbet hallanak, tudnak, véleményünk szerint a lakosságot, csakúgy mint az ezen betegségekben szenvedőket, informálnunk kell erről a sokszor igen változatos klinikai képet mutató és viszonylag nehezen kezelhető betegcsoportról. (Szűcs, Szekanecz, 2011)

Saját tapasztalataink is azt támasztják alá, hogy az intézményünkben gondozott,

közel száz biológiai terápiában részesülő betegek ismeretei is igen hiányosak. Magáról a biológiai terápiáról, mint terápiás eljárásról, hatásairól és mellékhatásairól kevés ismerettel rendelkeznek.

Számos felmérés alátámasztotta, hogy a betegséget kellően ismerő, a kezelésben aktívan résztvevő beteg gyorsabban és eredményesebben gyógyul – vagy ha a teljes gyógyulást a betegség természete nem teszi is lehetővé, előrehaladása biztosan megállítható –, és jobb életminőség, vagy akár teljes értékű élet biztosítható. (Szekanecz, Surányi, 2010)

A kezelés hatékonyságának a növelésére szükséges az információ arra vonatkozóan, hogy melyek azok a területek, amelyek a legkritikusabbak, és melyek azok a pontok, amelyekben a leghiányosabbak a betegek ismeretei. (Suhonen et al., 2011)

A reumatológiai betegségek világszerte kiemelkedő és egyre növekvő népegészségügyi problémát jelentenek, ez komoly terhet ró az egyénre, a családra és a társadalomra egyaránt. Ennek oka nemcsak a betegségek nagy számában, hanem az általuk okozott tartós életminőség-romlásban rokkantságban és keresőképtelenségben, valamint az extrém költségekben is keresendő. (Poór, 2008)

Elméleti háttér

A reumatológiai betegségek felosztása

A reumatológiai betegségek lehetnek gyulladásos megbetegedések (heveny, idült), degeneratív megbetegedések és anatómiai elváltozás nélküliek. (Gömör, 2005)

A kutatás szempontjából kiemelt betegségek, melyekben biológiai terápiás kezelés alkalmazható:

1. Rheumatoid arthritis (RA)

A rheumatoid arthritis (RA) még a mai igen hatékony gyógyszeres kezelési eljárások mellett is gyakran az ízületek tönkremeneteléhez, rokkantsághoz vezethet. Hazai prevalenciája 0,5-1%, tehát 50-100 ezer beteggel kell számolnunk. (Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium 2009). Az ízület rákjának is nevezik. Kialakulásában, idültté válásában számos fehérje játszik sze-

repet. A klinikai képre a nagy fájdalom és a végtag-deformáció a jellemző. Az ízületek mellett a tüdőben, szívben és egyéb belső szervekben is autoimmun gyulladás indulhat el. A betegség elsősorban fiatal nőket érint, de a gyermekkorban induló forma is ismert (juvenilis idiopathias arthritis).

RA-ban a várható élettartam 10 évvel rövidebb az egészséges populációhoz képest (Gömör, 2005).

A fájdalom és az ízületek elváltozásai, duzzanatai, deformításai nagyfokú mozgáskorlátozottsággal járnak, mely megnehezíti a beteg és hozzátartozói életét. Az ízületek érintettségének korai jele a röntgenfelvételeken látható kisízületi erózió. Az eredményes kezelés szempontjából fontos a diagnózis korai felállítása és a terápia időben történő megkezdése.

2. Spondylitis ankylopoetica (SPA) Bechterew-kór

Olyan reumatológiai betegség, amely elsősorban a gerinc ízületeiben és azok környékén okoz gyulladást. Az SPA lefolyásának kezdeti fázisában keresztcsont környéki és deréktáji fájdalmat okoz, később pedig, ha a beteg nem részesül megfelelő kezelésen, a fájdalomhoz a gerinc mozgáskorlátozottsága, évek-évtizedek alatt kialakuló teljes elmerevedése társul. A betegség teljes gyógyítására mindmáig nincs lehetőség. Krónikus (idült) betegség, így tartós kezelést, gondozást igényel, a betegek többsége rendszeresen fordul reumatológushoz. A betegség fiatal felnőttkorban kezdődik, az esetek többségében az első tünetek már 30 éves életkor előtt jelentkeznek, 45 éves kor felett csak nagyon ritkán kezdődik a betegség. Férfiak esetében nemcsak gyakoribb a betegség, hanem általában súlyosabb tünetekkel is jár. A betegség kialakulásában fontos szerepet játszik genetikai állományunk. A genetikai tényezők az úgynevezett HLA-B27 nevű gén a legfontosabb. Az SPA és a HLA-B27 szoros kapcsolatra utal az is, hogy az SPA-s betegek 90-95%-a, míg az egészségesek csupán 5-7%-a hordozza a HLA-B27 gént. Az SPA fokozatosan alakul ki, a kezdeti tünetek általában enyhék, így a HLA-B27-pozitivitás ismerete elősegíti a korai diagnózist. A gyulladás fokozatosan terjed felfelé, a háti, majd a nyaki gerincre. A mellkasi légzőmozgások is be-

szűkülnek, a beteg úgy érzi, mintha abroncs venné körül a mellkasát. Az elcsontosodás és a következményes mozgáskorlátozottság kivédésében a rendszeres gerinctornának és a gyógyszeres kezelésnek egyaránt fontos szerepe van. (Szántó, Géher, 2010).

3. *Arthritis psoriatica* (AP)

A psoriasisoz társuló idült gyulladásos mozgásszervi megbetegedések összefoglaló neve.

A psoriasis a népesség mintegy 2%-át érinti, psoriasisos betegek 10–40%-ában észlelnek arthritises szövődményt. (Koó, 1996).

A mozgásszervi tünetek általában 40 éves kor körül jelentkeznek. Férfiakat és nőket egyenlő arányban érint. Az ízületi tünetek a meglévő bőrtünetek mellett alakulnak ki. Az AP-re jellemző, hogy az ízületi gyulladás gyakran enyhébb panaszokkal jár, mint RA-ban és az SPA-ban. Ínhüvelygyulladás is jelen van, ennek következménye a „kolbász ujj”-ként nevezett dactylitis, melyet a DIP, PIP ízületek arthritise és tensynovitis jellemez. Jellegzetes radiológiai elváltozások mutathatók ki. Kezelésnél a bőr és ízületi tüneteket egyaránt kell kezelni.

A reumatológiai betegségek tünetei

A reumatológiai betegeknek általában háromféle fő panaszuk lehet: fájdalom, funkciózavar (például mozgáskorlátozottság), anatómiai elváltozás (duzzanat, deformitás, kontaktúra). A kötőszöveti (autoimmun) betegség, tumoros, infekciós kórképek esetén ezekhez negyedikként általános tünetek (hőemelkedés, láz, rossz közérzet, gyengeség, étvágytalanság) csatlakozhatnak. (Bálint, Földes, Sebenyi, Bálint 2003)

A reumatológiai kórképek diagnosztikája

A beteg leggyakrabban fájdalom, mozgáskorlátozottság vagy valamilyen anatómiai elváltozás miatt fordul orvoshoz. Anamnézis, fizikális vizsgálat, laboratóriumi vizsgálat minden reumatológiai beteg alapvizsgálatához tartozik, míg molekuláris reumatológiai vizsgálatokat (pl. HLA-tipizálás) csak speciális esetben végzünk. A képalkotó vizsgálatok közé tartozik a hagyományos

röntgen vizsgálat, radioaktív izotóp scan és a CT míg a lágyrész elváltozások vizsgálatához MRI, az ultrahang vizsgálat. A PET is diagnosztikus eszköz lehet. Csontritkulás meghatározáshoz oszteodenzitometriát végzünk. (Poór, 2008)

A nagyfelbontású ultrahang készülékek és magas frekvenciájú transzducerek megjelenése új dimenziókat nyitott a lágy-rész-diagnosztikában, így az ultrahangvizsgálat az ízületek, lágyrészek vizsgálatában egyre bővülő indikációs területen alkalmazható. (Farbaky, 2004).

A reumatológiai betegségek kezelése

A reumatológiai betegek kezelése összetett feladat, mely magába foglalja a gyógyszeres, fizioterápiás, pszichoterápiás és sebészeti eljárásokat.

A gyulladáscsökkentő kezelést kortikoszteroid készítmények és a nem szteroid gyulladásgátlók alkotják. A gyulladásos betegségek kezelésében évtizedek óta nagy hagyománya van a betegségmódosító, DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drug) kezelésnek. A jelenleg használt reumatológiai bázisterápiás szerek legfőbbje (pl. metotrexát, sulfasalazin, chloroquin) kémiai szintézissel készül.

A reumatológiai rehabilitációban a legnagyobb szerepet a fizioterápiás eljárások, ezen belül a gyógytorna kapja. A késői eredményesség szempontjából igen nagy jelentősége van annak, hogy a tevékenységekre a beteg szükségletei és igényei által meghatározott fizioterápiás terv keretében, programozottan kerüljön sor. (Hodinka 2005)

Fontos az izomzat rendszeres tornája, ízületek kímőlgatása, gerincmozgást fenntartó mozgásterápia, illetve a károsodott ízületek fizioterápiája, esetleg ortopéd-sebészeti beavatkozások.

Az elmúlt 10 évben kerültek forgalomba az igen hatékony biológiai készítmények. Ezek biotechnikai módszerrel előállított szerek, melyek a patológiai folyamat ismert pontján célzottan hatnak, általában valamely citokinre, illetve receptorára.

A biológiai terápiás készítmények közül, a tumor nekrozis faktor-alfa (TNF-) gátlók, B sejt ellenes szerek, sejt – sejt – kostimulációt és IL-6-t gátló szerek a legfontosabbak.

Ha a beteg állapota konzervatív kezeléssel nem javul, műtéti megoldás (ortopéd-sebészet és gerincsebészet) jön szóba, amitől jobb egészségi állapotot remélünk. (Poór, 2008)

A kezelőorvos az eredmények értékelésekor objektivitásra törekszik, ezért a nemzetközileg elfogadott betegség aktivitást mérő kérdőíveket használja, a perifériás ízületi érintettség felmérésére a Disease Activity Score-t (DAS28), míg a gerincpanaszok esetén a Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Indexe-t (BASDAI-t) és a bőr állapotát leíró Psoriasis Area and Severity Index-et (PASI) a funkcióváltozásra a Health Assessment Questionnaire-t (HAQ). A szer életminőségre kifejtett hatása SF-36 kérdőív segítségével mérhető.

A biológiai terápia jelentése, jelentősége

A biológiai terápia elnevezés onnan ered, hogy a szervezet biológiai válaszát módosítják a terápia során, és az alkalmazott gyógyszereket biológiai módszerekkel állítják elő.

A biológiai terápiás szer olyan gyógyszer, melyet élő szervezetből vonnak ki és/vagy valamely élő szervezet segítségével állítanak elő. A biológiai terápiás szerek általában fehérjék, proteinek, vagy fehérjékből előállított kisebb fehérjedarabkák, fragmentumok. Ezen fehérjék úgy működnek, hogy vagy a természetben előforduló molekulákat utánozzák, vagy a természetben előforduló molekulák működését gátolják.

A modern géntechnológiai módszerek alkalmazása lehetővé tette, hogy sejtenyészetekben mérnöki pontossággal megtervezett fehérjéket állítsanak elő, amelyek a betegségek kialakulásáért felelős folyamatokat blokkolják. A biológiai terápiák a betegségek okát veszik célba.

A fehérjék szájon keresztül nem juttathatók a szervezetbe, mert az emésztőrendszer a táplálékhoz hasonlóan elemeire bontaná. Ezért a biológiai gyógyszereket a tápcsatorna megkerülésével parenterálisan kell a szervezetbe juttatni. Ez történhet bőr alá szubkután injekció, vagy infúzió formájában.

A biológiai terápia egyik legfontosabb felhasználási területe a reumatológia.

Népegészségügyi és társadalmi jelentő-

sége kiemelkedő. A biológiai terápia igen magas ára (3-5 millió forint/év/beteg), ellenére a betegség ilyen irányú kezelése költséghatékonynak bizonyult.

A leghatásosabb és a gyakorlatban leginkább használt biológiai terápiás szerek a TNF-gátlásán alapulnak. Az új terápiás célpontok közül az interleukinok (ILL-1 és ILL6), a B sejtek és a CTLA4-Ig, emelkednek ki.

A TNF-gátlásra alkalmas szerek kétféleképpen hatnak. Léteznek antitestek és receptor típusú molekulák.

Az antitest típusúak között az első TNF-ellenes egér-humán monoklonális antitest (infliximab) volt. Ezt a teljesen humán anti-TNF- monoklonális antitest (adalimumab) követte. Mára már megjelent az antitestnek csak a variabilis részét tartalmazó cetrolizumab molekula is.

Az elsők között szintetizálták a humán TNF- receptor fehérjével fuzionált emberi IgG1-et tartalmazó rekombináns dimer molekulát (etanercept). (Poór, 2008)

A biológiai terápiák elmúlt évtizedbeli fejlődése és térhódítása a géntechnológiának köszönhető. Az, hogy ez a terápia az orvostudomány számos ágában (onkológia, hematológia, immunológia) célzott terápia lehet, a molekuláris patomechanizmusok mélyebb megismerésének következménye. Az ízületi gyulladás kezelésében a biológiai terápia az oksági láncolat legkorábbi pontján avatkozik be, így legalábbis megközelítően oki terápiának tekinthető.

A biológiai terápia a reumatológiában lényegi áttörést jelent, mert minden eddiginél hatásosabban csökkenti a gyulladás aktivitását, hosszútávra lefékezi a radiológiai progressziót, sőt, amire eddig nem volt példa, a synovitis okozta csontpusztulás javuláshoz, az eróziók kitelődéséhez, azaz gyógyuláshoz vezet. SPA-ban (Bechterew-kór) a betegség aktivitásának érdemi csökkenése és a progresszió fékezése eddig a hagyományos gyógyszerekkel nem volt lehetséges, a biológiai terápia, ezen belül a tumor nekrozis faktor gátlása (TNF-blokád) ezt a lehetőséget nyitja meg. Nem véletlen tehát, hogy az Európai Reuma Ellenes Liga elnöke levélben fordult az Európai Bizottság elnökéhez, sürgetve a reumatológiai betegségek kutatásának, kezelésük fejlesztésének támogatását, a

biológiai terápiához való hozzáférés javítását az Európai Unióban. (Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium, 2005)

Biológiai terápiás szerek hatásai:

- ⇒ hatnak az immunsejtekre,
- ⇒ csökkentik az ízületi gyulladást, fájdalmat,
- ⇒ az ízületi károsodást lassítják,
- ⇒ a fizikai funkciókat javítják.

Abiológiai terápiás kezelést a Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium ajánlása alapján az OEP által előírt szabályozók, követelmények, szempontok figyelembevételével után lehet elkezdeni, folytatni, és megszakítani.

A készítmények csak tapasztalt szakorvos által, ún. Biológiai Terápiás Centrumokban adhatóak.

Hazánkban 21 centrum van, ebből 3 Budapesten.

Biológiai terápia nem adható, vagy megszakítandó, ha heveny vagy idült fertőzése van a betegnek, pl. aktív tuberkulózis, idült lábszárfekély, visszatérő légúti fertőzés, hólyag katéter miatti fertőzés. Ugyancsak kontra indikációt jelent a szklerózis multiplex, súlyos vagy közepes fokú szívelégtelenség, terhesség, rosszindulatú daganat, vérképzőrendszeri megbetegedés, súlyos autoimmun betegség, a gyógyszer alkotórészeivel szembeni túlérzékenység.

Ápolói feladatok a biológiai terápia alkalmazásakor

A biológiai terápiát szubkutan (sc) vagy intravenás (iv) terápiaként alkalmazzuk.

Az első sc. injekció beadását orvosi utasításra, önállóan, megfelelő végzettséggel rendelkező ápoló végezheti.

Az eszközök előkészítése után, az intézeti eljárási rend, az injekció beadásáról szóló protokollnak megfelelően történik az injekció beadása sc. módon.

A terápia folytatása készítménytől függően eltérő gyakorisággal történik. A cél az, hogy minden biológiai terápiában részesülő beteg önmaga el tudja végezni a sc. injekciót az otthonában. Így nem lesz ráutalva senkire, saját maga - telefonos nővérhívási lehetőséggel, orvosi elérhetőséggel - tudja közben tartani a kezelést. Ezeknél a betegek-

nél a legfontosabb feladat, hogy megtanulják beadni az injekciót maguknak. Tisztában legyenek a terápia mellékhatásával, valamint azzal, hogy mikor kontraindikált az injekció beadása. Az injekciózás megtanítása és a betegek kompetencián belüli tájékoztatása az ápoló feladata.

A biológiai terápiában részesülő betegek számára az öninjekciózás megtanítására kétféle módszer közül választhatunk az alkalmazott gyógyszertől függően:

1. a sterilitás szabályait betartva, az injekciós protokollt követve, tanítjuk meg a betegeknek az injekció beadását;
2. az injekciót gyártó cég injekciós protokolljának szabályait kötelezően betartva, lépésről lépésre követve a cég utasításait, tanítjuk meg a betegnek az öninjekciót.

A legjobb az, amikor mindkét szempontot ötvözve tanítjuk be a beteget, a szakma szabályait mindenkor szem előtt tartva.

Az előbb említett eljárási rend, protokoll utasításai alapján kapja meg a beteg az infúziós terápiát is, melyet a kardinális tünetek ellenőrzése előz meg. Az infúziós terápia alkalmazása a beteg ambuláns ellátásakor történik. Az infúzió beadása után 2 óra betegmegfigyelés szükséges, melyet a beteg az osztályon erre a célra kialakított ambuláns fektetőben tölt el.

A betegnél félóránként kötelezően, akut történés esetén szükség szerint sűrűbben mérjük a vitális paramétereket. Ezek a test-súly, vérnyomás, pulzus, EKG, testhőmérséklet, légzés, melyeket a gyógyszer forgalmazó cég által kötelezően kitöltendő betegdokumentációban vezetjük a szokásos ambuláns dokumentáción kívül.

A megfigyelés alatt van mód a beteggel beszélgetni, figyelmét felhívni, esetleg felmerülő kérdéseire válaszolni.

A kutatás célja

A kutatás célja, hogy felmérjük, milyen mértékű javulásról számolnak be a betegek a biológiai terápia kapcsán. Vizsgáljuk, hogy a biológiai terápiában részesülő betegek milyen ismerettel rendelkeznek a terápiával kapcsolatban. Továbbá, hogy mennyire

ismerik a betegek a terápia nem kívánt hatásait, melyek esetleg a kezelés megszakítását teszik szükségessé. Ismereteket kívántunk szerezni arról, hogy az öninjekciózás megtanulása, valamint alkalmazása mennyire jelent nehézséget a betegek számára.

Hipotézisek

Feltételezzük, hogy a három hónapos kezelés kapcsán jelentősen javulnak a biológiai terápiában részesülő betegek mozgásfunkciói.

Feltételezzük, hogy a biológiai terápiában részesülő betegek döntő többsége nem rendelkezik kellő ismerettel a biológiai terápia hatásairól és mellékhatásairól.

Feltételezzük, hogy a betegek nem tulajdonítanak kellő jelentőséget, figyelmet annak, hogy milyen esetekben kell szüneteltetni a biológiai terápiát.

Feltételezzük, hogy a megkérdezett betegek körében nem jelent gondot az injekciózás megtanulása.

Vizsgálati minta és módszer

A kutatást a Honvédkórház, Állami Egészségügyi Központ Reumatológiai Szakambulanciáján működő biológiai terápiás centrumban gondozott betegek között végeztük. A folyamatosan bővülő beteglétszám miatt közel 100 db kérdőív került kiosztásra.

A kutatás másik helyszíne egy vidéki centrum, ahol ugyancsak 100 db kérdőív került kiosztásra.

A budapesti centrumból 60 db, a vidéki centrumból 57 db értékelhető kérdőív érkezett vissza. Összesen 117 db kérdőív vett részt a vizsgálatban.

2008. 04. 28-tól induló biológiai terápiában részesülő betegek közt történik az adatgyűjtés, melynek időtartama 2010. szeptember 1-jétől 2011. február 28-ig tartott. A betegek kezdetben havi, később háromhavi rendszerességgel jelennek meg kontroll vizsgálaton, ambulanciánkon.

A kutatás módszereként adat és ismeretszerzés céljából az általunk szerkesztett kérdőívet, használtuk. Minden beteg beleegyezését írásban, aláírásukkal hitelesítve rögzít-

tettük. Ahhoz, hogy az így begyűjtött, és a beteg dokumentációjában hozzáférhető adatokat felhasználhassuk, írásban kértünk, majd kaptunk engedélyt a Honvédkórház - Állami Egészségügyi Központ Stratégiai és Tudományos Fejlesztési Főigazgató-helyettesétől.

A kérdőív nyílt és zárt kérdéseket tartalmaz.

A feldolgozás módszere: jelen vizsgálatban (a beteg ismereteinek felmérésére) alkalmazott kérdőív feldolgozása prospektív módszerrel történik. Az adatok feldolgozását Microsoft Excel programmal és SPSS statisztikai program segítségével végeztük.

A kapott eredmények feldolgozása a matematikai statisztika módszereivel (gyakorisági viszonyszám) történt.

Eredmények

A minta jellemzése

A minta demográfiai jellegzetességeiként nem, életkor, iskolai végzettség, lakhely szerinti jellemzése a következőképpen alakult:

⇒ A feltüntetett adatokból megállapítható, hogy a biológiai terápiában részesülő betegek nemek szerinti megoszlását tekintve (N=117) a vizsgált betegszámból 45 fő férfi és 72 fő nő részesül a terápiában. (Budapesten: 38 fő nő, 22 fő férfi. Vidéki centrumban: 34 fő nő, 23 fő férfi.) Megállapíthatjuk, hogy jelentősen több a női beteg.

⇒ Összességében (férfi-nő), a legérzékenyebb korosztály a 36-65 év közti éveiben járó populációból kerül ki. Megállapíthatjuk még azt a nem kevésbé jelentős tény is, miszerint a betegség az aktív keresőképes életszakaszban lévő embereket érinti a legnagyobb mértékben.

⇒ A vizsgált minta iskolázottságát tekintve megállapítható, hogy az általános iskolai végzettséggel rendelkező betegek Budapesten 3 fő, vidéken 13 fő, összesen 16 fő. Szakmunkás végzettségű Budapesten 17 fő, vidéken 20 fő, összesen 37 fő. Szakközépiskola, gimnázium végzettséggel rendelkezők Budapesten 26 fő, vidéken 18 fő, összesen 44 fő. Főiskolai,

egyetemi végzettséggel rendelkezők esetében Budapesten 14 fő, vidéken 6 fő, összesen 20 fő részesül biológiai terápiában.

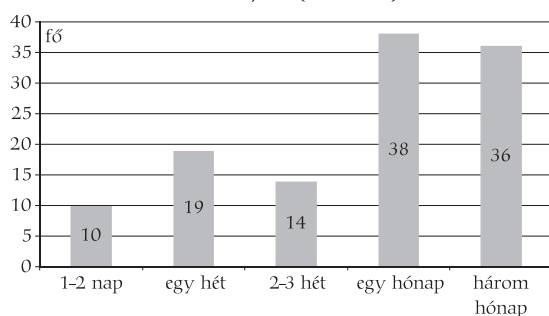
Hipotézisvizsgálat

A további eredmények bemutatását a felállított hipotézisek vázlatában tesszük.

Hipotézis: Feltételezzük, hogy a három hónapos kezelés kapcsán jelentősen javulnak a biológiai terápiában részesülő betegek mozgásfunkciói.

A 1. ábra bemutatja azokat a válaszokat, melyeket a biológiai terápiában részesülő betegek a biológiai terápia hatásaival kapcsolatban válaszoltak.

1. ábra: A biológiai terápia várható pozitív hatásai, fő (N=117)



Természetesen mindenki a számára legnagyobb akadályt okozó problémában bekövetkezett pozitív változást nevezte meg. A legjelentősebb változásként a fájdalom csökkenését és az általános állapotjavulását nevezték meg a megkérdezettek. A következő lényeges, általuk megfogalmazott változásként nevezték meg a mozgásfunkciók és az életminőség javulását. Ezen kívül az ízületi duzzanat, merevség tekintetében valamint a kiszolgáltatottságban, és a keresőképességben bekövetkezett pozitív változásokat jelölték meg.

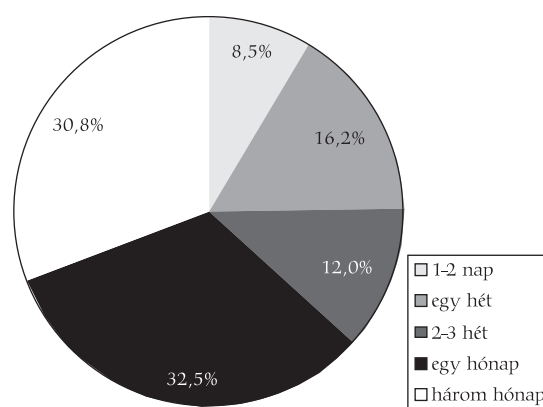
A budapesti intézményben, a terápiában részesülők első helyen a fájdalom csökkenését nevezték meg, második helyen az életminőség javulását, harmadik helyen a mozgásfunkciók jelentős javulását.

A vidéki intézményben az általános állapotjavulást nevezték meg az első helyen a betegek. Második helyen a fájdalom csökkenését, harmadik helyen a mozgásfunkciók javulását.

A két intézmény adatait összegezve megállapítható, hogy a biológiai terápiában részesülők első helyen a fájdalom csökkenését, második helyen az általános állapot javulását, harmadik helyen a mozgásfunkciók javulását említik.

A 2. ábrán látható, hogy milyen nagyon gyors a javulás. A megkérdezettek 8,5%-a 1-2 napot, 16%- az 1 hetet, 12%-a 2-3 hetet, 32,5%- az 1 hónapot, 30,8%-a 3 hónapot nevezett meg.

2. ábra: A javulás jelentkezésének időbeli megoszlása, (N=117)



Megállapítható, hogy a megkérdezettek 69,2% egy hónapon belül javulást észlelt a biológiai terápiás kezeléstől. Három hónap elteltével mindenkinél javulást észleltünk, kivéve egy beteget, akinél a javulás mértéke nem érte el az elvárt mértéket.

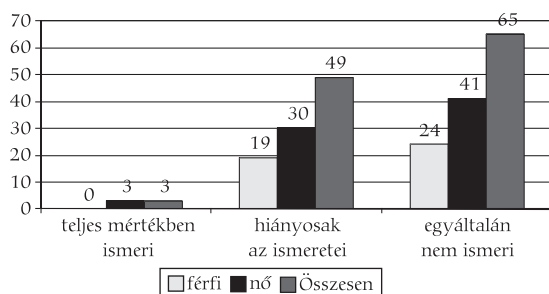
Hipotézis: Feltételezzük, hogy a biológiai terápiában részesülő betegek döntő többsége nem rendelkezik kellő ismerettel a biológiai terápia mellékhatásairól.

A megkérdezettek között 117 főből 3 nőbeteg tudott hibátlan választ adni a mellékhatások ismeretére vonatkozó kérdésekre, 19 férfi és 30 nőbetegnek összesen 49 főnek hiányosak az ismeretei (3. ábra).

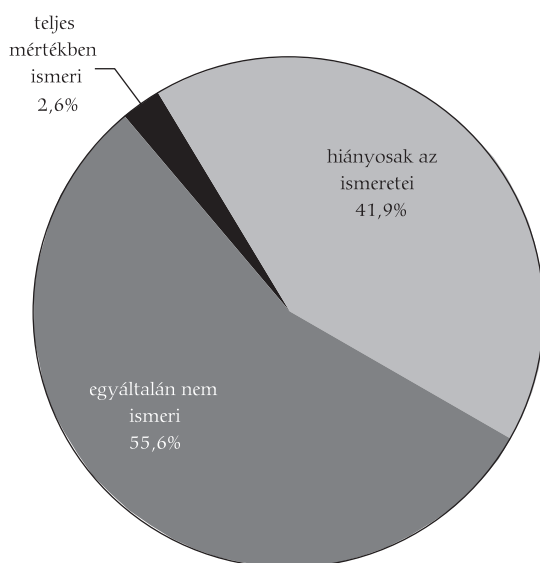
A legmegdöbbentőbb az, hogy 24 férfi és 41 nőbeteg, vagyis 117-ből 65 fő válaszából az derül ki, hogy egyáltalán nem ismeri azokat.

Az 4. ábra igen szembetűnően prezentálja a mellékhatások ismeretének a hiányát. Gyakorlatilag a 100%-ból 2,6% hiánytalanul ismeri, 41,9% pedig hiányos ismeretekkel rendelkezik, továbbá 55,6% egyáltalán nem ismeri az előfordulható mellékhatásokat.

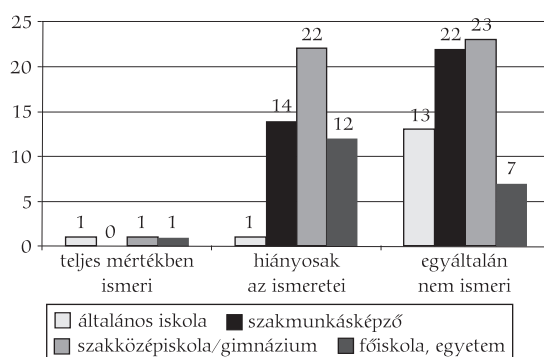
3. ábra: A biológiai terápia ismerete nemek szerinti bontásban, fő (N=117)



4. ábra: Mellékhatások ismertsége, % (N=117)



5. ábra. Mellékhatások ismerete legmagasabb iskolai végzettség szerint, fő (N=117)



A következőkben az 5. ábra bemutatja azt, hogy a legmagasabb iskolai végzettség szerint hogyan alakult a kutatásban a mellékhatások ismerete.

A 3 fő közül, akik teljes mértékben ismerték a mellékhatásokat, 1 fő általános iskolai, 1 fő szakközépiskolai/gimnáziumi, és 1 fő főiskolai/egyetemi végzettségű kategóriából került ki.

A gyógyszercégek által nyújtott tájékoztatással kapcsolatosan a megkérdezettek közül 10 fő szerint egyáltalán nem elég, 53 fő gondolja azt, hogy a részben megfelelő, valamint 54 fő szerint megfelelő tájékoztatást nyújtanak a gyógyszercégek.

Életkor szerinti bontásból megtudtuk, hogy az 51-65 év közötti korosztály igényelne több tájékoztatást a gyógyszergyártó cégtől.

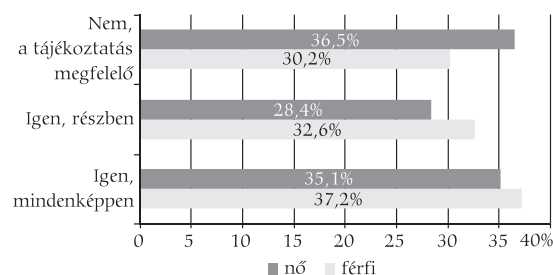
A megkérdezettek közül, a megfelelő tájékoztatás miatt, nem szeretne több tájékoztatáshoz jutni 13 fő férfi és 27 fő nőbeteg szerint. Összesen: 40 fő.

Részben több tájékoztatáshoz szeretne jutni 14 fő férfi és 21 fő nő. Összesen: 35 fő.

Mindenképp több tájékoztatáshoz szeretne jutni 15 fő férfi és 26 fő nő. Összesen: 42 fő.

A 6. ábrából kimutatható, hogy a férfiak igényelnének több tájékoztatást. A nők nagyobb számban elégedettek a tájékoztatással.

6. ábra. Tájékoztatási igény az adott nemen belül, (N=117)

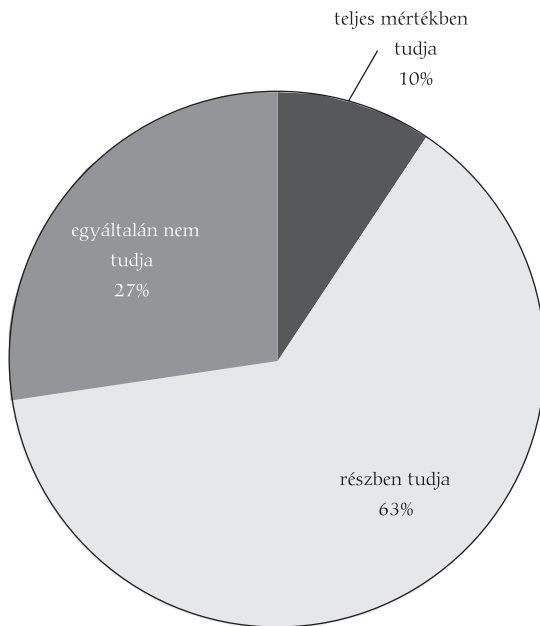


Hipotézis Feltételezzük, hogy a betegek nem tulajdonítanak kellő jelentőséget, figyelmet annak, hogy milyen esetekben kell szüneteltetni a biológiai terápiát.

A 7. ábrán láthatjuk, hogy a megkérdezettek 10%-a tudja teljes mértékben, 63%-a részben, és 27% egyáltalán nem tudja, mikor kell szüneteltetni a megkezdett biológiai terápiát.

A legmagasabb iskolai végzettség szerinti bontásban vizsgálva a válaszokat megállapítható, hogy a 11 főből, akik teljes mértékben ismerték azokat az eseteket, amikor

7. ábra: A terápia szüneteltetésének ismerete (N=117)



nem lehet beadni az injekciót 2 fő általános iskolai végzettségű, 6 fő szakmunkás, és 3 fő szakközépiskola/ gimnázium végzettségű volt. A főiskola/egyetem végzettségűek közül 17 fő csak részben ismeri, hogy mikor nem lehet a terápiát folytatni, és 3 fő egyáltalán nem ismeri.

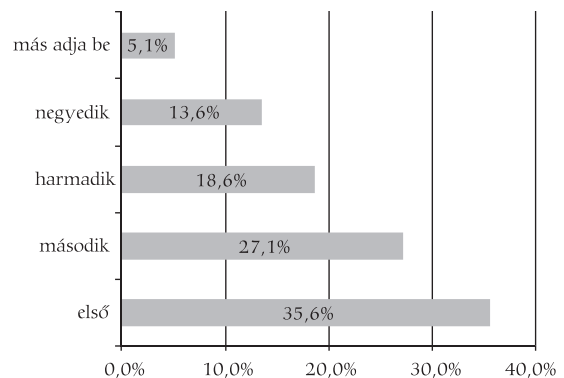
Hipotézis: Feltételezzük, hogy a megkérdezett betegek körében nem jelent gondot az injekciózás megtanulása.

A 8. ábrából kiolvasható, hogy a betegek 35,6%-ának már az első injekciózásnál sem voltak problémáik az injekció beadását tekintve. A betegek 27,1%-a a második, 18,6%-a a harmadik, illetve 13,6%-a a negyedik alkalom után sikeresen tudta beadni magának az injekciót. Tehát az öninjekciózást problémamentesen véghez tudták vinni. A betegek 5,1%-nak más adja be az injekciót.

Következtetések

A biológiai terápia, jelentős javulást hoz a betegek életében. Megszűnik a beteg fájdalma, javul az általános állapota és mozgáskorlátozottsága. Így el tudja látni a munkáját, családját, háztartását, saját ma-

8. ábra: A problémamentes öninjekciózás alkalmazása, (n=59)



gát, gyermekeit biztonsággal felügyelheti. Nagyon fontos, hogy aktív hasznos tagjává válik újra a társadalomnak, új sikerélményeket szerez, önbecsülése helyreáll. Élheti többi, egészséges embertársához hasonlóan az életét. Ezáltal az 1. hipotézis igazolódott. Örömmel állapítható meg az a tény, hogy vidéken is ugyan olyan esélyei vannak a biológiai terápiára szoruló betegeknek, mint a fővárosban.

Alátámasztást nyert 2. hipotézisben lévő feltételezésem, a biológiai terápiában részesülő betegek többsége nem rendelkezik kellő ismerettel a terápia mellékhatásairól, és nincs tisztában az öninjekciózás veszélyeivel.

A fent ismertetett eredmények bizonyították azt, hogy milyen nagy jelentőségű az egyes ember életére, milyen nagy pozitív hatást gyakorolnak a biológiai terápiás készítmények. Ennek ellenére a terápiában részesülő betegek nem rendelkeznek kellő ismerettel a biológiai terápia mellékhatásairól.

A kapott eredmény a vártnál is lesújtóbb. A betegek jelentős része nincs tisztában az öninjekciózás felelősségével, a mellékhatásokkal, a kontraindikációkkal, hiszen csak 2,6% volt az, aki hiánytalanul töltötte ki a mellékhatásokra, a kontraindikációkra vonatkozó kérdéseket, míg 55,6 % egyáltalán nem volt tudatában az elvárható ismereteknek. Az ismeretek függetlenek voltak a betegek iskolai végzettségétől, és a lakóhelyétől.

A kutatás azon része, mely a betegek ismereteinek feltárását célozta meg, feltárta a tájékoztatás hiányosságait is.

A betegek csak egyharmada elégedett a kapott tájékoztatással, kétharmada szeretne

mindenképpen több tájékoztatást, tehát kevesli azt az információt, amihez eddig – akár az orvosától, akár a gyógyszercégek felvilágosító anyagából, akár betegszervezeteknél, vagy interneten jutott.

Betegeink tájékozottsága sem iskolai végzettségtől, sem életkortól nem függ. Összeségében 74 fő részben tudja, 32 fő egyáltalán nem tudja, 11 fő teljes mértékben meg tudta nevezni, hogy mikor kontraindikált beadniuk az injekciót. Sajnos a kapott eredmény nem megfelelő, a betegeknek több tájékoztatásra, ismeretre van szükségük. 3. hipotézisünk ez által szintén igazolást nyert.

A kutatásból kiderült, hogy az öninjekciózást végzők igen kis mértékben tartanak attól, hogy otthonukban egyedül kell beadniuk az injekciót. A betegeknek nincsenek félelmeik az öninjekciózás miatt, pozitívan állnak az injekciózás megtanulásához. A 4. hipotézist igazolva, már az első injekciót a betegeket 35,6%-a a negyedik injekciót a betegek 95,6%-a problémamentesen adta be. Ez nagyon jó, hiszen sok biológiai terápiában részesülő betegnek kell megtanulnia az öninjekciózást, mivel így megőrizhetik függetlenségüket, nem kell másokhoz alkalmazkodniuk. Önállóan képesek egyedül, segítség nélkül elvégezni az öninjekciózást.

Javaslatok

Korunkban a tudomány minden ágában, különösképpen az orvostudományban az újabbnál újabb kutatások eredményeként mindig korszerűbb terápiás lehetőségek köpögatnak az ajtón. A szakdolgozók számára presztízs, kihívás megfelelni az új elvárásoknak, követelményeknek, és megkapni azokat a kompetenciákat, melyek révén, folyamatos fejlődésen, tanuláson keresztül támogatjuk, taníthatjuk a betegeket.

Fontos, hogy ismerjék a biológiai terápia korai és késői mellékhatásait, valamint ezek előfordulásakor a szükséges teendőkkel is tisztában legyenek.

Ezért is nagy jelentőségűek a kutatásban feltárt hiányosságok. Szükségesnek látszik újabb protokollok kidolgozása, melyek figyelembe veszik az itt feltárt hiányosságokat, s széles körben alkalmazzák azok ki-

küszöbölésére meghozott új betegtájékoztatási lehetőségeket.

Nagyon fontos a személyre szabott képzés. Betegenként ráérezni arra az általunk is helyesnek vélt módszerre, beszédstílusra, melynek alkalmazásával a legnagyobb eredményt érhetjük el. Sajnos az, ami a mi számunkra egyértelmű, az a betegek számára nem mindig jelenti ugyanazt. A legjobb szándék és tudás ellenére sem azt kapjuk vissza sok esetben, amire oktattuk, képeztük őket.

Az injekciózás betanításánál több időt kell szánni a betegek oktatására is, sőt úgy tűnik visszakérdezéssel, ismételt oktatással a korábban elhangzott ismereteket újra és újra el kell mondani, így a fontos ismeretek jobban rögzülnek.

A beteg minél előbb birtokában lesz az alkalmazással kapcsolatos ismereteknek, annál szabályosabban fogja alkalmazni a terápiát, annál előbb lesz munkaképes, aktív tagja a társadalomnak. A betegeknek nő a biztonságérzete, önbizalma, önbecsülése.

Mivel a betegek önállóan adják maguknak az injekciót otthonukban, hibátlanul kell ismerniük azokat a kórfolyamatokat, amikor tilos beadniuk az injekciót, illetve mikor szükségeszerű szüneteltetniük a terápiát.

Fontos azokat a szervezetükben bekövetkező történéseket is ismerniük, amikor nem kell, hogy szüneteltessék a terápiát. Ezzel fokozva a hatásosságot, kockáztatva a mielőbbi gyógyulást.

A tájékoztatásunknak az alábbiakra kell kitérnie:

- ⇒ a beteg legyen tisztában a beadás kontraindikációival;
- ⇒ a beteg ismerje a biológiai terápiás gyógyszerterápiából történő szállításának a szabályait;
- ⇒ a beteg helyesen alkalmazza otthonában is a gyógyszer hűtőszekrényben történő tárolását;
- ⇒ a beteg legyen tisztában a készítmény szobahőmérsékletre melegedésének a szabályaival;
- ⇒ a beteg feladata az injekció felhasználási idejének az ellenőrzése;
- ⇒ a beteg a sterilitás szabályait betartva a tanult módon végezze el az öninjekciózást;
- ⇒ a beteg a keletkezett veszélyes hulladékot a tanult módon kezelje, felhasználva

a számára biztosított veszélyes hulladék-tároló dobozt;

⇒ a beteg ismerje a biológiai terápia korai és késői mellékhatásait, hogy helyesen tudjon azok felléptekor cselekedni.

A felsoroltakból kiderül, hogy milyen szereágazó felelősséggel ruházzuk fel a biológiai terápiára váró beteget és képzünk belőle „profi szakembert”. Fontos hogy megértse, ezeknek az ismereteknek a hiányában kockáztatja a gyógyulását, esetleg veszélyezteti a további egészségét.

Nekünk, akik biológiai terápiás centrumban dolgozunk egyik nagy feladatunk a kompetencián belüli megfelelő beteg tájékoztatás megvalósítása. A másik része feladatainknak a terápiában részesülő betegek ismereteinek szoros kontrollja. Elengedhetetlen hatékonyságunk folyamatos kontrollálása a megfelelő kötetlen, gyors, rugalmas probléma felismerés és megoldás terén. A korábbiaknál sokkal nagyobb figyelmet kell arra fordítanunk, hogy a beteg kellőképpen megértette-e az általunk elmondottakat.

Konkrét javaslatként fogalmazódott meg egy *Biológiai terápiás interaktív klubasztal* alkalmazása a reumatológiai betegvárókban, illetve Biológiai terápiás centrumokban.

Minden betegváróban van akkora hely, hogy egy asztalt elhelyezzünk. Az asztal közepéből emelkedik ki egy figyelemfelkeltő szöveg, melyen felhívjuk a már, illetve a várhatóan biológiai terápiában részesülő betegek figyelmét arra, hogy az asztal nekik szól.

Ily módon egy interaktív klub kezdene el működni, spontán szerveződéssel, minden olyan betegváróban, ahol ezeket, az asztalokat elhelyezik. Ez az asztal szimbolikus jelentőséggel bír. A betegek számára valós, hiteles, egyszerű betegklub-szerű beszélgetések szerveződhetnek, melyek a betegek számára meggyőzőek lehetnek.

Ez a módszer nem csak reumatológiai betegek vonatkozásában alkalmazható eljárás, hanem más betegcsoportokat felölelő területeken is alkalmazható.

A kidolgozott módszer egyszerű, könnyen kivitelezhető, a hét minden munkanapján, spontán szerveződő, önkéntes alapon, egyszerű tárgyi eszköz használatával, bármely betegváróban alkalmazható, interaktív betegklub működésére alkalmas módszer.

A módszer alkalmazása hasznos lehet, mind a beteg, mind az egészségügyi személyzet, mind a gyógyszercégek számára. A beteg számára, mert több információt kaphat, az orvos számára, mert kevesebb időt kell a beteg tájékoztatásra fordítani, a gyógyszercégek számára, mert a betegek a klub-szerű beszélgetések folyamán félelmeikre választ kapnak.

Különösen a mai gazdasági helyzetben nekünk, akik betegekkel foglalkozunk soha nem volt még olyan fontos, mint most megtalálni, rálelni azokra az apró technikai újításokra, melyek jelentős mértékben emelik a betegellátás színvonalát, a betegek elégedettségét.

Irodalomjegyzék

1. Bálint, P., Földes K., Szebenyi, B., Bálint, G., (2003): *Gyakorlati reumatológia*, Springer Tudományos Kiadó, Budapest
2. Farbak, Zs., (2004): *A mozgásszervi ultrahangvizsgálat alapjai*, Tordas és társa kft., Budapest
3. Gömör, B., (2005): *Klinikai reumatológia*, Medicina Könyvkiadó RT, Budapest
4. Hodinka, L., *A reumatológiai rehabilitáció* (2005) *Orvostovábbképző Szemle* 12, 5. 58-59.
5. Koó, É., (1996) *Athriti psoriatica* Springer Tudományos Kiadó, Budapest
6. Poór Gy., (2008): *A Reumatológia tankönyve*, Medicina Könyvkiadó ZRT, Budapest
7. *Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium, Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja: A biológiai terápiák gyulladásos reumatológiai betegségeiben történő alkalmazása: Magyar Reumatológia*, 2009, 50,2. 68-93
8. Suhonen R., Papastavrou E., Efstathiou G., Tsangari H., Jarosova D., Leino-Kilpi H., Patiraki E., Karlou Ch., Balogh Z., Mekouris A. (2011): Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x
9. Szántó, S., Géher P., (2010): *Kérdések és válaszok a Bechterew-kórrol*. Springer Kiadó.
10. Szekanecz Z., Surányi P., (2011): *Reumatoid artritiszes betegek kézikönyve*. Springer Kiadó,
11. Szűcs, G., Szekanecz, Z., (2010): *Autoimmun betegségek*. SpringMed Kiadó, Budapest
12. Poór, Gy., (2008): *Áttörő biológiai terápia a reumatológiában* Világgazdaság Online 2008. 12. 17.

Assessing the knowledge of patients participating in biological therapy

Mrs Mihályné Hudoba , Mariann Raskovicsné Csernus , Dr. Ilona Ujjalussy PhD

Summary

Aim of the study: The authors, based on patients' opinions, assess the effects of biological therapy on the quality of life. They examine the knowledge of the therapy among patients receiving biological therapy, with respect to its desirable and undesirable effects. Furthermore, they examine the extent to which learning and using self-injection represents a difficulty for the patients.

Method: The patients surveyed in the study were selected from among patients at the biological therapy centre operating at the Rheumatology Outpatient Clinic of the State Health Centre in the Honvéd (National Defence) Hospital, and at a provincial health centre. (N=117) The processing of the questionnaire used in this study (a survey of the patients' knowledge) took place using the prospective method, and the data was processed using Microsoft Excel and SPSS statistical software.

Results: The recipients of biological therapy mentioned firstly a decrease in pain, secondly an improvement in their general condition, and in thirdly an improvement in their motor functions. 69,2% detected an improvement from the therapy within one month. 55,6% of the respondents had no knowledge whatsoever of the occurring side effects. 10% of the respondents knew fully, 63% partially and 27% not at all, when the commenced biological therapy should be suspended. For 356% of the patients, even the first self-injection did not present a problem.

Conclusions: The authors stress the importance of educating and informing patients, and the necessity of continuous feedback regarding the acquired skills, and the checking of information, because these also improve the effectiveness of biological therapy.

Key words: nurse, patient satisfaction, quality of life, self-injection, rheumatic diseases

PÁLYÁZAT

A NŐVÉR folyóirat fennállásának 25. évfordulója alkalmából pályázatot hirdet
„25 év az ápolásban” címmel.

Várjuk Olvasóink fenti címen készült írásait, melyben saját tapasztalataikat, véleményüket fogalmazhatják meg az eddigi, legalább 25 éves munkásságukból merítve.

A legjobb pályázatok jutalomban részesülnek, valamint megjelentetésre kerülnek a NŐVÉR folyóiratban.

A beadandó pályázat formai kritériumai:

- elektronikus szövegszerkesztési eljárással készített, Microsoft Word *.doc, vagy *.rtf kiterjesztésben;
- 12-es, Times New Roman betűstílus, 2 cm-es sortávolság, minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve, sorkizárással;
- max. 5 oldalnyi terjedelemben;
- legfeljebb 2 ábra, táblázat, vagy kép csatolására van lehetőség a Szerzői útmutató által megadott feltételeknek megfelelően.

A nover@meszk.hu címre beküldött pályázatokat a Szerkesztőbizottság bírálja el.

A pályázatok beküldési határideje: 2012. április 30.

Szerkesztőség

A foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe és lehetőségei a Lánglovagok egészségfejlesztésében

Csete Katalin

főiskolai hallgató, Szent István Egyetem Egészségtudományi és Környezetegészségügyi Intézet, Gyula

Hirdi Henriett Éva

osztályvezető, Nemzeti Adó- és Vámhivatal Képzési, Egészségügyi és Kulturális Intézete, Budapest
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők célja a vonulós szolgálatot teljesítő tűzoltók egészségi állapotának, életmódjának és egészségmagatartásának feltárása. Ezeken felül a munkahelyi támogatási rendszer megjelenését, a foglalkozás-egészségügyi ápolók lehetséges szerepét kutatták az egészségmegőrzés tekintetében.

Vizsgálati módszerek és minta: A felmérés a budapesti Katasztrófavédelmi Oktatási Központban oktatáson lévő vonulós szolgálatot teljesítő tűzoltók körében történt, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával. Az alkalmazott saját készítésű kérdőív alapját az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) standard, egészségmagatartásra vonatkozó felmérésnél alkalmazott kérdőív adta. A 160 db kiosztott kérdőívből 148 db érkezett vissza és volt értékelhető. A szerzők a kapott adatokat a Microsoft Office Excel 2003 program segítségével, leíró statisztikai módszerrel elemezték.

Eredmények: Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy a vonulós tűzoltók igyekeznek tudatosabb, egészségesebb életformát kialakítani saját egészségi állapotuk, valamint a szigorú alkalmassági követelményeknek való megfelelés érdekében. Ennek érdekében a válaszadó vonulós tűzoltók 81%-a sportol. A válaszadók 71%-a heti rendszerességgel veszi igénybe a munkáltatója által biztosított sportolási lehetőségeket. Ugyanakkor a vizsgált mintából csupán 11%-uk ítélte egészségét nagyon jónak. A megadott értékek alapján csak 23,6%-uk rendelkezik ideális testsúllyal. 35%-uk dohányzik.

Következtetések: Az egészségi állapotra, életmódra és egészségmagatartásra vonatkozó felmérések lehetőséget adnak a hiányosságok felderítésére, a fejlesztési igények meghatározására, illetve a szükséges intézkedések megtételére. A felmérés alátámasztja a munkahelyi egészségfejlesztés fontosságát. A munkavállalók egészségtudatának pozitív formálásában, az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek bővítésében a foglalkozás-egészségügyi szakápolónak kiemelt szerepet kell biztosítani.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügyi szakápolás, munkahelyi egészségfejlesztés, tűzoltók, életmód

Bevezetés

A tűzoltók szolgálatteljesítésük során igen változatos és sokrétű feladattal néznek

szembe, amelyek nemcsak szakmai, hanem egészségi, pszichikai és fizikai kihívást jelentenek számukra. Épp ezért nagyon fontos, hogy a tűzoltóság személyi állománya körében elegendő számban és megfelelő össze-

tételben álljanak rendelkezésre a feladataikat ellátni képes, azaz megfelelően felkészített, speciális tudású, jól motivált, egészséges, edzett szakemberek. A tűzoltói beavatkozások során kiemelkedő szerepe van az egyén testi, lelki, és fizikai képességeinek. Egyrészt azért, mert a 24 órás szolgálat ideje alatt a tűzoltónak a riasztási jel elhangzása után 2 percen belül meg kell kezdenie a vonulást, és ezt követően gyakran órákig teljesítőképessége csúcán kell maradnia. Másrészt, pedig azért, mert tevékenységeiket igen nehéz körülmények között, akár testi épségük kockázatásával végzik nap, mint nap. (Kanyó F., 2008)

Előzőek miatt a fegyveres szervek hivatásos állományú tagjainak szolgálati viszonyáról szóló 1996. évi XLIII. törvény 75.§-ában foglaltak szerint a Tűzoltóság állományába kizárólag olyan személyek kerülhetnek felvételre, illetve tartozhatnak, akik megfelelnek az illetékes miniszter által rendeletben meghatározott, egészségi, pszichikai és fizikai alkalmassági követelményeknek. Az alkalmassági feltételeknek való megfelelést az 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendeletben meghatározott eljárásrend szerint évenként (egészségi, fizikai), illetve két évenként (pszichikai) kell ellenőrizni. Az alkalmasság követelmények elérésének és szintentartásának feltételeit a munkáltatónak kell biztosítani, ugyanakkor azt is szükséges hangsúlyozni, hogy az egyén saját maga is felelős egészségi, pszichikai, fizikai állapotáért.

Az olyan munkahelyi egészségfejlesztő programok kidolgozására, melyek elősegítik az alkalmassági követelményeknek való megfelelést is, a munkahelyi és egyéni kockázatok ismeretében nyílik lehetőség. A munkahelyi egészségterv elkészítésének első lépése a kiinduló helyzet felmérése, vagyis a fejlesztendő terület meghatározása a célcsoport körében végzett felmérés segítségével. (Kiss J., 2009)

Elméleti háttér

Az 1986. november 21-én Ottawában (Kanada) ülésezett I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia által közreadott

Charta már felhívta a figyelmet arra, hogy a különböző színterek (settings) lehetőséget kínálnak az átfogó egészségfejlesztési stratégiák megvalósítására. Kiemelte, hogy „*nagyon fontos lehetővé tenni az emberek számára azt, hogy egész életükön keresztül tanuljanak, felkészüljenek az élet valamennyi szakaszára, és megállják a helyüket krónikus betegség vagy sérülés esetén is. Ennek iskolai, otthoni, munkahelyi és közösségi környezetben kell történnie; oktatási, szakmai, hivatásos és önkéntes szervezeteken keresztül, és magukban az intézményekben is.*” (Kishegyi J. és Makara P., 2004) A munkahely nem véletlenül jelent meg az egészségfejlesztés kiemelt színterei között, hiszen munkahelyünkön töltjük életünk közel egyharmadát, így a gazdaságilag aktív és munkaképes korú populáció – és rajtuk keresztül a család – itt érhető el legkönnyebben. A korábbi munkahelyi egészségvédelmi tevékenység tehát kibővült a munkavállalók egészségfejlesztésével.

A munkahelyi egészségfejlesztés (Workplace Health Promotion) legelterjedtebb és legátfogóbb fogalmát az 1996-ban létrejött Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) 1997. évi Luxemburgi Deklarációjában határozta meg. A definíció szerint: „*A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók, és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jól-lét javítására irányul. A cél eléréséhez szükséges három eszközrendszer együttes alkalmazása szükséges: a munkaszervezet javítása, a dolgozói részvétel biztosítása és a személyi kompetencia fejlesztése.*” (Kapás Zs., 2009)

Hazánkban a színterekben való gondolkodás a nyolcvanas évek végén jelent meg. Elsőként az Egészségesebb Városok Mozgalom indult el, majd később az Egészségesebb Falvakért, az Egészségesebb Iskolákért, Egészségesebb Munkahelyekért és Egészségesebb Kórházakért Mozgalmak. Ezen kezdeményezések folytatását segítette a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal elfogadott az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja, mely kimondta, hogy „*a jó egészség elsősorban nem az egészségügyi szolgálaton vagy az orvoson múlik. Egészségi*

állapotunkat elsődlegesen mindennapi döntéseink, közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely határozzák meg". A Program komponensei közül kiemelkedően fontossá váltak a szintér-programok, amelyek az élet azon közösségi szintereit veszik sorra, amelyekben az emberek életük nagy részét töltik. A Programban célként jelent meg, hogy a magyarországi munkahelyek a kötelező munkaegészségügyi intézkedéseken túlmenően dolgozók egészségfejlesztésére is helyezzenek kiemelkedő hangsúlyt. A munkaegészségügy tartalmát az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 53. §-a és a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 1. § (1) bekezdésében foglaltak határozzák meg, ezek alapján a munkaegészségügy a munkahigiéné és a foglalkozás-egészségügy szakterületeit foglalja magában. Napjainkban a munkavédelemről szóló törvény 58. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint valamennyi munkavállalót megillet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás, melyet a munkáltató köteles biztosítani. E gondolatmenetet követve egyértelmű, hogy a Programban célként kitűzött munkahelyi egészségfejlesztésben – az egyéni és kollektív egészségmegőrzésben, -fejlesztésben, a munkavállalók egészséges életmódra nevelésében, illetve az egészségmegőrző programok szervezésében – kiemelkedő szerepe kell, hogy legyen a foglalkozás-egészségügyi szolgálat feladatainak ellátásában közreműködő ápolóknak. Ezen felül jelentős szerepe lehet abban is, hogy a vállalati menedzsment felismerje saját felelősségének jelentőségét, lehetőségeiket a munkahelyi egészségfejlesztés területén.

Ezt alátámasztják a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) 2005. és 2009. évi felméréseinek eredményei is, melyek alapján megállapítást nyert, hogy az Európai Unión belül foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolók legfőbb feladatai között szinte egységesen minden tagállamban megjelent az egészségnevelés, és egészségfejlesztés. (Hirdi et al., 2010)

A foglalkozás-egészségügyi ápoló a munkahelyi egészségfejlesztő programra való igényt, az intézkedést igénylő problémákat

leegyszerűbben online vagy papír alapú kérdőíves felmérés segítségével, a kockázatértékelési felmérésbe integrált célzott kérdésekkel, illetve az alkalmassági vizsgálatok során mért, szerzett egészségügyi adatok felülvizsgálatával tárhatja fel.

A vizsgálat célja

Célunk az volt, hogy feltárjuk a vonulós szolgálatot teljesítő tűzoltók egészségi állapotát, életmódját és egészségmagatartását. Ezeken felül célunk a kapott értékek összehasonlítása az országos mutatókkal, valamint megvizsgáljuk a munkahelyi támogatási rendszer megjelenését, a foglalkozás-egészségügyi ápolók lehetséges szerepét az egészségmegőrzés tekintetében.

Hipotézis

A hivatásos állományú tűzoltók alkalmassági rendszerét, a velük szemben támasztott egészségi, pszichikai és fizikai követelményeket ismerve, illetve a kiválasztott és feldolgozott irodalmak alapján feltételeztük, hogy a tűzoltók egészségi állapota és egészségmagatartása eltérést mutat az országos adatokhoz képest, hiszen annak érdekében, hogy a velük szemben támasztott alkalmassági követelményeknek meg tudjanak felelni egészségesebb életmódot folytatnak, rendszeresen sportolnak, egészségesen táplálkoznak.

Vizsgálati módszerek és minta

Keresztmetszeti vizsgálatunk 2010-ben, önkényes mintaválasztási eljárással, nem reprezentatív kérdőíves felmérés segítségével történt. A felmérés során alkalmazott saját készítésű kérdőív alapját az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) standard, egészségmagatartásra vonatkozó felmérésnél alkalmazott kérdőív adta. (OLEF, 2003) Ezen felül az egészségi állapot felmérésére a Pszichoszomatikus skála felhasználásával került sor. (Pikó et al., 1997) A kérdőív 30 kérdésből állt. A kérdőívben nyitott és zárt kérdéseket egyaránt alkalmaztunk, de az egyszerű és egyértelmű kiértékelés érde-

kében a kérdőív többségében zárt kérdésekre épült. A kérdőív az alábbi kérdéskörök köré csoportosult:

- ⇒ Szocio-demográfiai adatok (nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, anyagi helyzet)
- ⇒ Egészségi állapottal, életmóddal kapcsolatos kérdések
- ⇒ Munkahely általi támogatási formákra vonatkozó kérdések

A kérdőívek kiosztásához, a kutatás végzéséhez a budapesti Katasztrófavédelmi Oktatási Központ igazgatójának engedélyét kértük. Az Oktatási Központban az ország számos megyéjéből tanulnak tűzoltók, ezért az adatgyűjtést szélesebb körben végezhetjük, ennek ellenére a felmérés nem tekinthető reprezentatívnak. A kérdőív kipróbálására 15 fő részvételével került sor, akik a végső felmérés mintájával megegyezően hivatásos állományú vonulós tűzoltók voltak. A tesztelés során a kérdések többségét változatlanul hagytuk, 6 kérdésten változtattunk és 2 kérdést kihagytunk. Az adatok feldolgozását, a szemléltető diagrammok elkészítését a Microsoft Office Excel 2003 programmal végeztük. Adatainkat leíró statisztikai módszerrel elemeztük.

A mintavétel nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával történt. A mintát a tűzoltóság hivatásos személyi állományába tartozó, azon férfi populáció képezte, akik 2011. január - március között a budapesti Katasztrófavédelmi Oktatási Központ hallgatói voltak. A mintába nők azért nem kerültek be, mert a vonulós tűzoltók között nincsenek nők. A résztvevőket biztosítottuk az önkéntes és anonim válaszadás lehetőségéről, továbbá arról, hogy az eredményeket jelen kutatáshoz kötődő célokhoz használjuk fel. A vizsgálatban összesen 160 fő hivatásos állományú tűzoltó vett részt. A vizsgálatban résztvevő személyek munkaképesnek és a tűzoltói szolgálatra egészségileg, pszichikailag és fizikailag is alkalmasnak minősültek a vizsgálat elvégzésekor. A 150 darab visszaérkezett kérdőívből 148 volt értékelhető. 3 fő nem válaszolt az anyagi helyzetre, 8 fő pedig a dohányzással kapcsolatos ismeretre vonatkozó kérdésekre, így ezeknél a kérdéseknél csak a konkrét válaszadók válaszai kerültek figyelembevételre.

A vizsgálat korlátai

A kutatás során nők azért nem kerültek bele a mintába, mert a vonulós tűzoltók között nincsenek nők. A vizsgálat kivitelezésekor tisztában voltunk azzal, hogy a vizsgált minta elemszáma viszonylag alacsony, így csupán figyelemfelhívó jellege lehet. A kapott eredmények széles körű általánosításra jelen formában nem alkalmasak, azonban a vizsgálat további folytatása az eredmények ismeretében rendkívül fontos lehet, hisz a munkahely és a foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe a munkavállalók egészségének megőrzésében egyre meghatározóbb.

Eredmények

A felmérés eredménye a mintavételi módszerből adódóan nem reprezentatív, azonban tájékoztató jellegű következtetések levonására alkalmas. A felmérésben összesen 150 fő vett részt, közülük 148 fő adott értékelhető választ. Jelen közleményben a kérdőívnek csak egyes részeire adott válaszok kerülnek ismertetésre.

Szociodemográfiai adatok

A vizsgált mintában a nemek megoszlása egyenletlen, a minta 100%-a (148 fő) férfiakból áll. A válaszadók átlagéletkora 31 év. A vizsgált populáció 36%-a 31-35 év közötti, 29%-a 26-30 év közötti, 18%-a 20-25 év közötti, 14%-a 36-40 év közötti, míg mindösszesen 3%-a 41-45 év közötti. A vizsgálatban szereplő legfiatalabb tűzoltó 20, a legidősebb 45 éves. Családi állapotukat tekintve 125 fő él párkapcsolatban, 1 fő elvált, míg 22 fő egyedülállónak jelölte magát. Átlagosan 7,2 éve (0,5-18 éve) dolgoznak a tűzoltóként.

Ami a legmagasabb iskolai végzettséget illeti, a válaszadók közül legtöbben (51%) érettségivel rendelkeztek (76 fő). 4 fő felsőfokú végzettséget nem tanúsító felsőfokú szakképesítéssel, 56 fő főiskolai és 12 fő egyetemi végzettséggel rendelkezik. (**I. táblázat**)

I. táblázat: A minta szocio-demográfiai jellemzői (n=148)

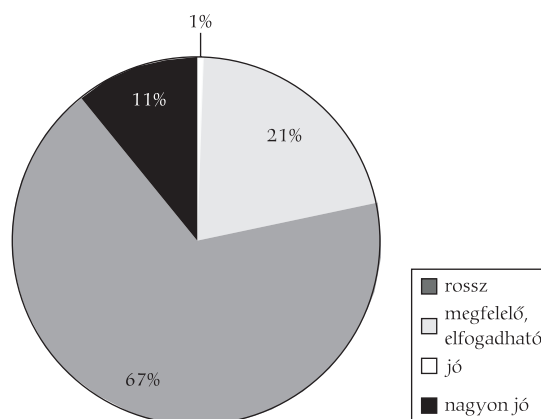
		N (fő)	(%)
Neme	férfi	148	100
	nő	0	0
Életkor	20-25 év	26	18
	26-30 év	43	29
	31-35 év	54	36
	36-40 év	21	14
	41-45 év	4	3
	46 év felett	0	0
Munka- viszony	0-5 év	81	55
	6-10 év	41	28
	11-15 év	21	14
	16-20 év	5	3
Családi állapot	egyedülálló	22	15
	párkapcsolatban él	125	84
	elvált és nincs élettársa	1	1
Iskolai végzettség	érettségi	76	51
	főiskolai végzettséget nem tanúsító felsőfokú szakképesítés	4	3
	főiskola	56	38
	egyetem	12	8

Az egészségi állapot önértékelése

Napjainkban a vélt egészség az egyik legjelentősebb, a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO EU OECD) által ajánlott általános egészségindikátorrá vált, annak ellenére, hogy a kulturális tényezők jelentősen befolyásolják azt, hogy az objektív egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, és emiatt az egyének közötti összehasonlítás meglehetősen nehéznek tűnik. Az egyén vélt egészségét jelentősen befolyásolja továbbá a társadalmi helyzete, az akut vagy krónikusan fennálló megbetegedése, valamint az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. (OLEF, 2003.)

Az egészségi állapot önértékelésének vizsgálatokor a következő kérdésekkel dolgoztunk: "Hogyan értékelné általában saját egészségi állapotát?", „Megítélése szerint, a kortársaihoz viszonyítva általában milyen az Ön egészségi állapota?”, és „Az elmúlt három évben megítélése szerint milyen irányban változott az egészségi állapota?”. Az általunk vizsgált mintában a 148 főből 31 fő (21%) megfelelőnek értékelte egészségi

állapotát, 100 fő (67%) jónak és csupán 16 fő (11%) ítélte egészségét nagyon jónak. Rossz egészségi állapotról 1 fő (1%) nyilatkozott. (1. ábra) A felmérés kiterjedt arra is,

1. ábra: A vélt egészség százalékos aránya (n=148)

hogy a megkérdezettek szerint, kortársaikhoz képest általánosságban milyen az egészségi állapota. 70 fő (47%) szerint jobb, mint kortársaié, 66 fő (45%) ugyanolyannak, 8 fő (5%) tartja sokkal jobbnak egészségét, mint kortársaié és csupán 4 fő (3%) ítéli rosszabbnak egészségét. Az elmúlt három évhez viszonyítva 95 fő (65%) nem érez változást, 28 fő (18%) jobbnak tartja közérzetét, 14 fő (9%) rosszabbnak, 10 fő (7%) sokkal jobbnak, és csupán 1 fő (1%) érzi úgy, hogy az elmúlt három év alatt sokkal rosszabb lett a közérzete. Felmérésünk során megállapítást nyert, hogy 114 fő (77%) jellemzi úgy magát, hogy általában odafigyel egészségére, 21 fő (14%) mindent megtesz egészsége fenntartása és javítása érdekében, 7 fő (5%) nem foglalkozik az egészségével, mert nem érzi szükségét és 6 fő (4%) azért nem foglalkozik egészsége megőrzésével, mert nincs rá lehetősége.

Testkép és testtömeg

A vonulós tűzoltók jelentős részének munkabeosztása nem teszi lehetővé a kiegyensúlyozott életvitelt, egyenletes ritmusú táplálkozást, emellett az alkalmassági követelményeknél rendeleti szinten szabályozott, hogy akinek a testtömeg indexe (TTI) 35,0 feletti hivatásos szolgálatra alkalmatlan. A minősí-

tésnél 25,0 TTI felett már vizsgálják az egyéni teherbíró-képességet, valamint meghatározzák a testzsír százalékot is. Előzőek miatt kíváncsiak voltunk a felmérésben résztvevők testtömeg indexére, így kértük a testtömeg és a testmagasság megadását. A felmérés során kapott adatok önbevalláson alapulnak. A testtömeg indexet úgy számoltuk ki, hogy a (kg-okban) megadott testsúlyt osztottuk a (méterben) megadott testmagasság négyzetével. A „normális” BMI: 18,5–24,9 kg/m². A II. táblázatban látható, hogy az önbeval-

II. táblázat: Testtömeg index megoszlása a válaszadók körében (n=148)

BMI	Önbevalláson alapuló számolt érték		Önértékelés	
	Gyakoriság (fő)	%	Gyakoriság (fő)	%
sovány (<18,5)	0	0	6	4
normális (18,5–24,9)	35	23,6	88	59
Túlsúly (25–29,9)	88	60,1	54	37
Obesitas I (30–34,9)	22	14,9	0	0
Obesitas II (35–39,9)	2	1,4	0	0
Obesitas III (>40)	0	0	0	0

láson alapuló eredmények alapján a válaszadók többsége 88fő (60,1%) túlsúlyos, közülük 29 fő (19,6%) esetében a TTI az alsóhatárértéken volt (TTI: 25). A vizsgált mintából csak 35fő (23,6%) rendelkezik ideális testsúllyal, 22fő (14,9%) obesitas I kategóriába, és 2fő (1,4%) az obesitas II besorolásba került. Alultáplált, valamint kórosan elhízott (obesitas III) egyén a vizsgált mintában nem szerepelt. A BMI átlaga a vizsgált tűzőltőknél 26,29 kg/m² (min. 20 – max.36,0), melynek alapján a vizsgált személyek a túlsúlyos kategóriába tartoznak. Ezzel szemben a szubjektív testképet tekintve a tűzőltők több, mint fele (88fő; 59%) tartja megfelelőnek testalkatát, kicsit túlsúlyosnak 54fő (37%) és soványnak 6fő (4%) tartotta magát. Nagyon túlsúlyos kategóriába senki sem jelölte magát.

Táplálkozás és étkezési szokások

Felmérésünk során megállapítást nyert, hogy 43fő (29%) jellemzi úgy magát, hogy általában odafigyel arra, hogy egészségesen táplálkozzon, 72fő (48,6%) részben figyel oda, míg 33fő (22,4%) egyáltalán nem, vagy csak ritkán foglalkozik a kérdéssel. A tűzőltők mintegy háromnegyede jelölte, hogy a klasszikus magyar konyha ízvilágát részesíti előnyben. A konyha jellegét tekintve a válaszadók 16%-a (24fő) vallotta, hogy mediterrán jellegű könnyű fogásokat, 3%-a (4fő), hogy a vegetáriánus ételeket kedveli. 2fő (1%) bio alapanyagból készült ételeket fogyaszt. 18fő (12%) jelezte, hogy valamilyen diétát tart (pl.: cukormentes, laktózmentes, gluténmentes, stb.). Jónak értékelhető eredmény született a gyümölcsfogyasztás megválaszolásánál. Az eredmények leírásánál a „naponta” és a „hetente 5x” válaszokat összevonva adjuk meg. Összességében a válaszadók 61%-a (90fő) válaszolta, hogy napi rendszerességgel fogyaszt gyümölcsöt. 37%-uk (55fő) hetente csak egyszer fogyaszt gyümölcsöt. A megkérdezetteknek 2%-a (3fő) válaszolta azt, hogy nem fogyaszt egyáltalán gyümölcsöt.

Sportolási szokások

A válaszadó vonulós tűzőltők sportolási szokásait tekintve megállapítható, hogy 81%-uk (120fő) sportol, 19%-uk (28fő) egyáltalán nem végez testedzést. A sportoló tűzőltők 86%-ára jellemző, hogy rendszeresen sportol (21% naponta, 65% heti 1–2 alkalommal), 14%-uk az elégségesnél kevesebb testmozgást végez (havi 3–5 alkalom rendszerességgel). A rendszeresen sportolók között a legkedveltebb sportágak: 1. futball, 2. futás, 3. testépítés, 4. kerékpározás, 5. küzdősportok. Annak ellenére, hogy 28 fő nem sportol, senki sem nyilatkozta azt, hogy edzettségi állapota gyenge lenne. Az önértékelés szerint 100 főnek (67%) megfelelő, 29 főnek (20%) kielégítő, 19 főnek (13%) pedig kiváló az edzettségi állapota.

A rendszeres fizikai aktivitást a munkahelyi sportolási lehetőség biztosítja. A

Tűzoltóság az alkalmassági követelményeknek való megfelelés folyamatos biztosítása érdekében egyre több szervezeti egységénél biztosítja dolgozóinak helyben (konditerem, futballpálya, tenispálya fenntartásával), vagy egyéb szerződéses helyszínen (pl. uszodában) a sportolási lehetőséget. Ezzel a lehetőséggel a válaszadók 71%-a (102fő) gyakran (heti rendszerességgel), 21%-a (30fő) ritkán (havonta 1x,2x) él. 12 fő(8%) nem veszi igénybe a munkahely által biztosított sportolási lehetőségeket. Ennél a kérdésnél három lehetséges választ jelöltünk meg, de a feldolgozás során kiderült, hogy a válaszadók egy része kiegészítette egy negyedik válasz lehetőséggel: 4fő jelezte, hogy munkáltatója nem tud sportolási lehetőséget biztosítani munkaidőben.

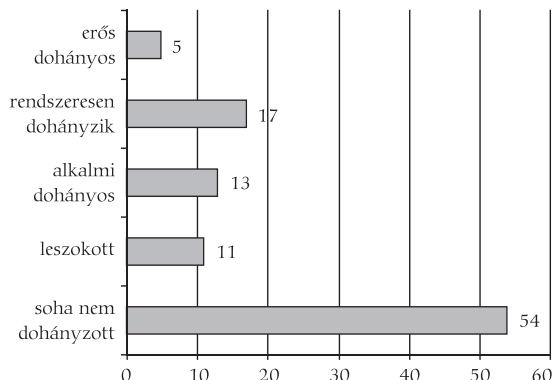
Pihenés, szabadidő

Az általunk megkérdezett mintában a vonulós tűzoltók közül munka után 58%-nak (86fő) biztosított a pihenése, 36%-nak (53fő) csak részben, 6%-nak (9fő) nem biztosított otthonában a pihenése. Arra a kérdésünkre: „Mivel tölti a szabadidejét?” meglepően változatos eredményt kaptunk. Pihenéssel 34 fő (17%), olvasással/rejtvényfejtéssel 10 fő (5%), kirándulással 15 fő (8%), családi programokkal 50 fő (26%) tölti. Sajnos 85 fő (44%) másodállásban dolgozik, 52% (46fő) igyekszik a családját kárpótolni úgy, hogy a munka és a másodállás mellett szakít időt a családi programokra, kirándulásra.

Dohányzás

A dohányzás gyakoriságát vizsgálva megállapítottuk, hogy az általunk vizsgált mintában a vonulós tűzoltók 22%-a dohányzik rendszeresen, közülük az elszívott cigaretták számának tekintetében 17% (25fő) nyilatkozta azt, hogy naponta kevesebb, mint 20 szálát, 5% (7fő) pedig, hogy naponta 1 doboz cigarettánál többet szív el. 13% (20fő) vallotta magát alkalmi dohányosnak. A nem dohányzók aránya 65%, közülük 54%-a (80fő) sohasem dohányzott, 11% (16fő) leszokott. (2. ábra)

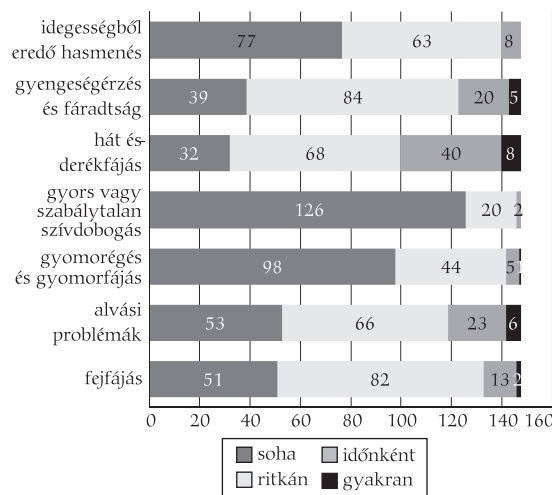
2. ábra: Dohányzási szokások százalékos megoszlása (n=148)



Pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakorisága

A hét kérdésből álló skála a következő tünetek gyakoriságára terjedt ki a kérdőív kitöltése előtti 12 hónapra vonatkozóan: fejfájás, hát- és derékfájás, alvási problémák, fáradtságérzés, gyomorégés, idegességből eredő hasmenés és palpitáció. A válaszkategóriák a következők voltak: soha (0 pont), ritkán (1 pont), időnként (2 pont) és gyakran (3 pont). Az összesített pontszám min. 0, max. 21 pont lehetett. A vizsgált pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakoriságait a 3. ábra mutatja be. A szomatikus tünetek közül leggyakoribb tünet a hát- és derékfá-

3. ábra: Pszichoszomatikus tünetek megoszlásának gyakorisága a válaszadók körében (n=148)



jas volt, míg a leggyakoribb pszichés tünet az alvási zavar. Az összesített tüneti skála pontértékeinek átlaga 4.67 volt (min=0; max= 15; medián = 4,0; szórás = 2,82).

Következtetés, javaslatok

Vizsgálatunk egyik céljának tekintettük, hogy saját eredményeinket az „Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003 (OLEF 2003)” Gyorsjelentés, illetve Kutatási jelentés eredményeivel összehasonlítva megvizsgáljuk a vonulós szolgálatot teljesítő tűzoltók egészségi állapotát, életmódját és egészségmagatartását. (Boros J. et al., 2002) Ezekon felül megvizsgáljuk a munkahelyi támogatási rendszer megjelenését, valamint a foglalkozás-egészségügyi ápolók lehetséges szerepét az egészségmegőrzés tekintetében. Az említett kutatásban résztvevő válaszadók a teljes magyar felnőtt lakosságot képviselik korra, nemre és lakóhelyre vonatkozóan, így a Gyorsjelentésben, illetve Kutatási jelentésben ismertetett eredmények a teljes felnőtt lakosságra vonatkozóan az egészségproblémák, valamint befolyásoló tényezők gyakoriságáról adnak képet.

Az OLEF 2003 Gyorsjelentésben szerepelt adatok alapján a férfiak közel fele jónak, vagy nagyon jónak ítéli egészségi állapotát, 13% pedig rossznak, vagy nagyon rossznak gondolta. A jelen kutatásunkban kapott értékek sokkal kedvezőbbek, a tűzoltók 78%-a ítéli jónak, vagy nagyon jónak egészségi állapotát, és csak 1% számolt be rossz egészségi állapotról.

Kutatásunk során fontos szerepet tulajdonítottunk a testkép, testtömeg index megismerésének. A testtömeg index elemzésekor mindenképp meg kell említenünk, hogy egyes irodalmi adatok az önbevallásos adatok megbízhatóságát megkérdőjelezzik, mivel a testtömeget általában alul-, a testmagasságot, pedig felülbecsüljük, más tanulmányok ezzel szemben jó egyezést találtak a mért értékekkel. Dauphinot és munkatársai az önbevallás alapján kalkulált BMI esetében 30 kg/m² helyett 29,2 kg/m²-re javasolják csökkenteni az „elhízott” TTI kategória alsó határát. (Dauphinot V. et al., 2009.) Jelen vizsgálatban kapott értékek a WHO szerinti BMI (body mass index = testtömeg index)

kategóriákba lettek besorolva. Az OLEF 2003 Gyorsjelentés alapján a férfiak 38,7%-a volt túlsúlyos, 19,6%-a elhízott. Normál TTI-vel 40,4% rendelkezett, 1,3% volt sovány. A jelen vizsgálatban kapott értékek kedvezőtlenebbek az előbbieknél, a tűzoltók TTI értéke 76,4%-nál volt normál érték feletti, 30%-uk esetében a TTI éppen elérte a túlsúlyos kategória alsóhatárértékét (TTI: 25). Adataink sajnos megerősítik a külföldi vizsgálatok tapasztalatait. Thompson J., illetve Clark S. és munkatársai kutatásaik során azt találták, hogy az amerikai tűzoltók szintén nem elhanyagolható hányadát (80,7%) érinti a túlsúlyosság és az elhízottság. (Clark S. et al., 2002., Thompson J., 2007)

Az OLEF 2003 kutatási jelentés eredményei alapján a férfiak kétharmada (67,4%) naponta fogyasztott friss gyümölcsöt, vagy zöldséget a kérdezést megelőző négy hétben. A férfiak közel 5%-a pedig ritkábban, mint hetente vagy soha nem fogyasztott gyümölcsöt, vagy zöldséget a kérdezést megelőző négy hétben. Ezen arányokat vizsgálatunk eredményei is megerősítik, a tűzoltók 61%-a napi rendszerességgel fogyaszt gyümölcsöt, míg 2%-a nem fogyaszt egyáltalán gyümölcsöt.

Az OLEF 2003 kutatási jelentés eredményei alapján a férfiak 15,6%-a ritkábban, mint hetente vagy soha nem végzett testmozgást. Hetente többször végzett testmozgást a férfiak mintegy kétharmada (84,4%). Saját mintánkban magasabb (86%) volt a rendszeresen sportolók aránya, és alacsonyabb a rendszertelenül, vagy egyáltalán nem sportolóké. Ez az eredmény nem volt számunkra meglepő, hiszen a tűzoltóságnál a rendszeres mozgás, a megfelelő fizikai erőnlét elvárás, mely már több mint 100 éve létezik és szinte kötelező érvényűvé vált. (Mózes, 2003) A tűzoltóknak csak 8%-a nem veszi igénybe a munkahely által biztosított sportolási lehetőségeket.

Az OLEF 2003 felmérés eredményei szerint a férfiak 40,5%-a dohányzik, több mint harmaduk (36,9%) napi rendszerességgel gyújt rá, negyedük erős dohányos, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát szív el. Alkalmi dohányos 3,6 %. Soha nem dohányzott 35%, leszokott 24,5%. E tekintetben eltérést találtunk, saját mintánkban kisebb volt az aránya (22%) a rendszeresen dohányzóknak, és a dohányzásról leszokottaknak (11%), illetve

jelentősen magasabb (54%) volt a még soha nem dohányzók, és az alkalmi dohányosok (13%) aránya. Azonban megegyezve az OLEF 2003 adataival a saját mintában is a rendszeresen dohányzók negyede erős dohányos.

Az eredmények értékelése után megállapítottuk, hogy a tűzoltók egészségi állapota és egészségmagatartása csak részben mutat eltérést az országos adatokhoz képest. Életmódjuk nem teljes mértékben felel meg az egészséges életvitel feltételeinek. Annak érdekében, hogy a velük szemben támasztott fizikai alkalmassági követelményeknek meg tudjanak felelni 86%-uk rendszeresen sportol. Ugyanakkor csak 29% figyel oda arra, hogy egészségesen táplálkozzon, emiatt 76%-uk súlyfelesleggel küzd.

A jelenlegi helyzetfelmérés alapján elsődleges célkitűzésünk egy olyan munkahelyi egészségfejlesztési akció megvalósítása, mely elősegíti azt, hogy a tűzoltók tisztában legyenek az egészséges táplálkozás fontosságával. Fontosnak tartjuk ennek keretében, hogy a jelen felmérés során szubjektív, önbevallás útján szerzett adatainkat diagnosztikai felméréseken (pl. testtömegmérés, testmagasságmérés, testtömegindex számítás, haskőrfogat, csípőkőrfogat mérése, testzsírmérés, vérnyo-

másmérés, koleszterinszint- és vércukorszintmérés), valamint személyes interjúkon és táplálkozási naplón alapuló adatokkal egészítsük ki. Fontosnak tartjuk, hogy a tűzoltók figyelmét – egyéni és közösségi szinten is – felhívjuk a helytelen táplálkozási szokások elhagyására, illetve ezzel párhuzamosan egészséges táplálkozási szokásokat alakítsunk ki (kalóriabevitel és -felhasználás egyensúlya, a nyersanyagok, élelmiszerek kiválasztásának irányelvei, megfelelő konyhatechnikai módszerek alkalmazása).

Az egészséges táplálkozást sikeresen támogathatja a munkáltató is egészséges ételek biztosításával a munkahelyi étkezdében, büfében, illetve azzal, ha lehetőséget biztosít a foglalkozás-egészségügyi ápolónak a munkahelyen meglévő kommunikációs csatornák (pl. hirdetőtáblák, intranet, hírlevelek, folyóirat) felhasználására az írásos anyagok terjesztéséhez.

A munkahelyi egészségfejlesztési akció sikerességéhez rendkívül fontos továbbá, hogy a tűzoltók, a szervezeti egység vezetése lehetőség szerint az akció végrehajtásának valamennyi szakaszába be legyen vonva, és ösztönözzék egymást is a lehető legnagyobb mértékű részvételre.

Irodalomjegyzék

1. Boros J. et al (2005): Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2003. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. http://www.nyme.hu/fileadmin/dokumentumok/atfk/tematikak/TESTNEVELES_TANSZEK/dr_ihasz_ferenc_csatlolható_dok/2_fejezet_egessegmagatartas_olef_2003.pdf (letöltés: 2011.09.10.)
2. Clark S. et al. (2002): Association of body mass index and health status in firefighters. *J Occup Environ Med.* 44(10). p.940-6.
3. Dauphinot, V. et al. (2009): New obesity body mass index threshold for self-reported data. *J Epidemiol Community Health.* 63 p.128-132.
4. Hirdi H., et al. (2010): A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. Nővér, Budapest, 23(5):3-11.
5. Kanyó F. (2008): A tűzoltók fizikai alkalmasságának felmérése az új évezredben. Doktori (PhD) értekezés, Budapest, p.4-6.
6. Kapás Zs. (2009) A munkahelyi egészségfejlesztés, mint népegészségügyi program. Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület www.emegy.hu/uploads/download/16234561394385d6ede252e.pps (letöltés: 2011.09.10.)
7. Kiss J. (2009): A munkahelyi egészségtervről. Budapest http://www.oefi.hu/kj_28.pdf (letöltés: 2011.09.10.)
8. Kishegyi J. és Makara P. (2004): Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai). Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf> (letöltés: 2011.09.10.)
9. Mózes, A. (2003): A Fővárosi tűzoltók versenysport képzése, az eredményesség vizsgálata az országos versenyeredmények alapján. Szakdolgozat.
10. Pikó B. et al. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Publ Health* (7) p.243-7.
11. Országos lakossági egészségfelmérés 2003. Gyorsjelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2004. <http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/GyorsjelentésOLEF2003.pdf> (letöltés: 2011.09.10.)
12. Thompson J. (2007): Lifestyle: Making the Right Choices. <http://www.firerescue1.com/health/articles/293034> (letöltés: 2011.09.10.)

The role and options of occupational health nurses in the health development of firefighters

Katalin Csete, Henriett Éva Hirdi

Summary

Aim of the study: The authors' objective was to reveal the state of health, lifestyle and health behaviour of firefighters on callout duty. In addition this, they researched the emergence of the workplace support system, and the potential role of occupational health nurses in health preservation.

Methodology and sample: The survey was conducted among firefighters on callout duty at the Disaster Protection Education Centre, who were selected using a non-random, convenience sampling technique. The proprietary questionnaire used was based on the questionnaire used in the National Population Health Survey (OLEF) for the standard survey of health behaviour. Of the 160 questionnaires distributed, 148 were returned and suitable for evaluation. The authors analysed the gathered data with Microsoft Excel 2003 software, using a descriptive statistical method.

Results: Based on the results it was concluded that firefighters on callout duty make an effort to shape their own state of health through a more aware, healthier lifestyle, and in the interest of complying with the strict requirements in respect of their fitness to work. To this end, 81% of the respondent callout firefighters practice sports. Some 71% of the respondents make weekly use of the sporting opportunities provided by their employer. At the same time, only 11% of the sample population judged their state of health to be very good. Based on the replies give, only 24% of them are of ideal body weight. 35% of the respondents smoke.

Conclusions: Surveys into state of health, lifestyle and health behaviour provide an opportunity to identify deficiencies, determine developments needs and take the necessary steps. The survey demonstrates the importance of occupational health development. Occupational health nurses need to be given a key role in the positive shaping of employees health awareness, the expansion of their understanding of how to live a healthy lifestyle.

Keywords: occupational health nursing, occupational health development, firefighters, lifestyle

HELYESBÍTÉS

A folyóirat előző lapszámában, „A Tumor Nekrózis Faktor (TNF) termelés mérésének jelentősége a csípőtáji töréseket követő nozokomiális fertőzések kialakulásában” című közleményben tévesen jelent meg a javasolt gyulladásos válasz kritériumai között a fehérvérsejtszám. Helyesen megadott értékek: 12 G/l fölött, vagy 4 G/l alatt.

a Szerzők

Megváltozott munkaképességgel az „egészségesek” világában

Gulyás Viktória Emese

igazgatásszervező, Lazarus Kft., Békés

Varga Hajnalka

diplomás ápoló, Lazarus Kft., Békés

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők betekintést kívánnak adni a megváltozott munkaképességű munkavállalók és az őket foglalkoztató cégek világába, hogy ezáltal egy kis figyelmet eszközöljenek ki részükre. Továbbá be kívánják mutatni a főiskolai végzettségű ápoló lehetséges szerepét a foglalkozási rehabilitációban.

Vizsgálati módszer és minta: A vizsgálat a Lazarus Kft. és a Rehabil Kft., megváltozott munkaképességű dolgozói körében, illetve e cégektől független, de szintén dolgozó, leszázalékolt személyek között történt 2011. októberében és november elején. 100 kérdőív került kiosztásra, melyből 64 db volt értékelhető és feldolgozható. A kapott adatok feldolgozása megoszlási viszonyszámokkal történt.

Eredmények: A válaszadók 54,7%-a 51-61 év közötti korosztályból került ki, a kérdőívet kitöltők 84,4 %-a nő volt. Iskolai végzettséget tekintve a szakmunkásképzőt végzetek voltak túlnyomó többségben. 19,5%-ban a mozgásszervi károsodás dominált, a megkérdezettek 73%-a III. csoportú rokkant. A dolgozók 41,0%-a több, mint 30 éves munkaviszonnyal rendelkezett. 80,7%-uknak hozott pozitív változást életében, hogy ismét dolgozhat. A választ adók 33,3%-a érezte maximálisan megbecsültnek munkáját (10-es skálán 10 pont).

Következtetések: Nagyon fontos a megváltozott munkaképességű cégek fennmaradása, léte, mivel a megbetegedett munkavállalók nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedése nem megoldott, hiszen az egészséges munkavállalók is nehezen kapnak munkát.

Kulcsszavak: munkaképesség, munkaerő, rehabilitáció, foglalkoztatás, ápoló

Bevezetés

„Nekünk nem egy óvón fölének boruló ernyőre, hanem olyan világra van szükségünk, amelyben képesek vagyunk élni.”

(Uwe Frehse)

A WHO (World Health Organization) definíciója szerint az egészség nem más, mint a teljes testi, lelki, szociális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy nyomorékság hiánya. Az egészség talán a legfontosabb értékünk, ez nem vitatható. „Az egészség a legfőbb kincs”, „ha egészség van, minden van”, „mens sana in corpore sano” s a többi, hiszen egész sereg bölcs mondás dicséri az egész-

séget s a reá való törekvést”. (Ponticulus Hungaricus, 2005)

Mi van akkor, ha elveszítjük az egyensúlyt és betegek leszünk? Hatással lesz az emberre úgy testi, mint lelki értelemben, akinek a megélhetése is veszélybe kerül. Ha a komplex felborul, megváltozott munkaképességű személyről beszélünk.

Még ma is nagyon sokan tévesztik össze a két fogalmat: mozgássérült vagy megváltozott munkaképességű. Megváltozott munkaképességűnek tekinthető az a személy, aki veszélyeztetett vagy balesetből származó sérülés következtében, genetikai eredetű vagy az élete során szerzett betegség következtében nem képes olyan módon vagy mérték-

ben elvégezni egyes munkafeladatokat, mint a hozzá korban, képzettségben hasonló, azonos nemű személyek általában, illetve akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.

Míg a mozgáskorlátozottság a mozgásszervrendszer veleszületett vagy szerzett károsodása és/vagy funkciózavara, a mozgászavarok gyűjtőfogalma. (Kálmán, Zs., Könczei, Gy., 2002; www.orszi.hu; 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról)

Ezt a meghatározást veszik alapul a munkaügyi központok akkor, amikor az álláskeresők nyilvántartása során megkülönböztetik a megváltozott munkaképességű álláskeresőket, egészséges embertársaiktól, és ez által nyújtanak számukra szolgáltatást, illetve álláslehetőséget.

Azt, hogy adott személy milyen mértékű munkaképesség-csökkenéssel él, azt az OOSZI (Országos Orvosszakértői Intézet), ORSZI (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) – jelenleg az NRSZH (2011. január 1-jétől a 331/2010. (XII.27.) Korm. rendelet szerint Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalra változott) állapítja meg szakértői vizsgálat során.

A szakértői vizsgálat eredményeképpen a személy egy OOSZI/ORSZI/NRSZH határozatot kap, mely kimondja, hogy milyen mértékű munkaképesség-csökkenéssel, illetve össz-szervezeti egészségkárosodással (ÖEK) rendelkezik, valamint, hogy állapotának megállapított „százaléka” végleges, vagy felülvizsgálatra szorul.

Csoportokba való besorolás szerint I., II., III. csoportú rokkant emberről (disabled person) beszélhetünk. Az I. és II. csoport azt jelenti, hogy az ÖEK 80–90%, de az első csoport ellátásra szorul, míg utóbbi önellátásra képes. A III. csoport ÖEK-a 50–79%. Meg kell említeni a rendszeres szociális járadékban részesülők csoportját, akik a 40–49% közötti emberekre vonatkozik. (www.orszi.hu)

Jelenleg ezen emberek ellátása tekintetében beszélhetünk rendszeres szociális járadékról, rehabilitációs járadékról, illetve rehabilitációs nyugdíjról. Járadékot a 40–49%-os egészségkárosodott emberek kapnak. Leegyszerűsítve rehabilitációs járadékot azon

személyek kapnak, akik rehabilitálhatóak és 50–79%-os egészségkárosodással élnek, illetve rehabilitációs nyugdíjban részesül, akinek 50–79% közötti vagy a 79%-ot meghaladja, de rehabilitációja nem javasolt. (www.onyf.hu)

A megváltozott munkaképességű emberek állapota tartósnak vagy véglegesnek mondható. Minden szervrendszer megbetegedése előfordulhat, így:

- ⇒ neurológia károsodások,
- ⇒ mozgásszervek károsodásai (gerinc, végtagok károsodása),
- ⇒ légzőszervi károsodások,
- ⇒ vérkeringés rendszerének károsodása,
- ⇒ haematológiai károsodás,
- ⇒ az emésztőrendszer károsodása,
- ⇒ a máj, az epehólyag, epeutak károsodásai,
- ⇒ a tápláltság zavarai,
- ⇒ hasfali sérv,
- ⇒ endokrinológiai károsodás,
- ⇒ a vizeletkiválasztó – és elvezető rendszer károsodásai,
- ⇒ szülészeti és nőgyógyászati károsodások, emlő károsodásai,
- ⇒ dermatológiai károsodások,
- ⇒ a nyirokrendszer károsodásai,
- ⇒ látószervi károsodások,
- ⇒ a fül az arc, a szájüreg, az orr, a garat és a gége károsodásai,
- ⇒ veleszületett rendellenességek,
- ⇒ fertőző betegségek. (Juhász, F., 2004)

Az egészségügyi állapot miatt hátrányos helyzetbe került munkavállalók elhelyezkedése nehezített a munkaerőpiacon. A fogyatékoság súlyossága, jellege nagyban befolyásolja a munkavállalást, de dolgozni ők is szeretnének képességükhöz mérten. A munkát kereső fogyatékos emberek leginkább mozgásszervi károsodással élők köréből kerülnek ki.

A foglalkoztatottság a közép-magyarországi régióban a legmagasabb és Észak-Magyarország régiójában a legalacsonyabb. (Könczei, Gy., 2009)

Az egészségügyi világszervezet (WHO) legutóbbi jelentése szerint 2020-re a világon a második leggyakoribb tartós munkaképesség-csökkenést okozó megbetegedés a depresszió lesz (a szív- érrendszeri betegségek után). (Purebl, Gy., 2003)

Itt kell megemlítenünk a teljesség igénye nélkül a rehabilitációt. A rehabilitáció egy olyan szervezett segítség, mely a társadalom által lehetőséget biztosít az egészségükben tartósan vagy véglegesen fogyatékos, ill. rokkant embereknek arra vonatkozólag, hogy visszailleszkedjenek a társadalomba, élve megmaradt képességeikkel. (1997. évi CLIV törvény az egészségügyről)

Megkülönböztetünk szociális, orvosi, pedagógiai és foglalkozási rehabilitációt. Az orvosi rehabilitáció a diagnosztika, terápia, gondozás, prevenció eszközeivel segíti a társadalomba való visszailleszkedést. A szociális rehabilitáció jelenti a tényleges közösségbe való beilleszkedést. A pedagógiai rehabilitáció fogalomkörébe tartozik a fogyatékos gyerekek gyógypedagógiai nevelése, speciális oktatása és a munkaképes korú emberek szakmai képzése, ill. átképzése. Végül a foglalkozási rehabilitáció a megváltozott munkaképességű személyek munkába helyezése, egészségi alkalmasságuknak megfelelően. Foglalkozási rehabilitáció szükséges azon munkavállalóknál, akik egészségi állapotuk károsodása nélkül eredeti munkakörüket betölteni nem képesek. (Bölcsházy, Z., 2008)

Az utóbbi években egyre nő a rokkantsággal, vagy fogyatékosssággal élők száma. Az Egészségügyi Statisztikai Évkönyv adatai alapján Magyarországon 2009-ben az I. csoportú rokkantak száma 1306 fő, a II. csoportúak száma 9223 fő, és a III. csoportúak száma 15061 fő volt. (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2010)

Az Országos Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság adatai alapján 2010 szeptemberében 2 926 090 fő kapott nyugdíjat és nyugdíjszerű ellátást, amelyből 728 601 fő (az ellátottak 24, 9%-a) kapott rokkantsági nyugellátást. A rokkantsági nyugdíjasok közül 52% korbetöltött rokkantsági nyugdíjas, míg 48% korhatár alatti rokkantsági nyugdíjban részesült. Az Európai Unió országaiban a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása 40%-os, míg Magyarországon csupán 12-15%-os. Hazánkban kiemelkedően magas a rokkantsági ellátásban részesülők aránya. (Magyar Statisztikai Évkönyv, 2010; Nemzetgazdasági Minisztérium, 2011)

Országunkban nagyon alacsony a megváltozott munkaképességű emberek foglal-

koztatása, a támogatási rendszer csak a védett szervezetek számára kedvező.

Az alkalmazottak keresete nem haladja meg a minimálbért. Az alapítványok, az egyesületek és a versenyszférában dolgozó vállalkozók részére rendkívül nehezen érhetőek el támogatások. (Nemzetgazdasági Minisztérium, 2011)

A támogatási rendszer három elemből áll: Bértámogatásból, mely a megváltozott munkaképességűből adódó alacsonyabb termelékenység kompenzálására szolgál, s csak az akkreditációs tanúsítvánnyal (alap, rehabilitációs, kiemelt vagy feltételes tanúsítvány) rendelkező munkáltatók részére nyújtható. A bértámogatás formái: a munkába helyezéshez, a munkahely megtartásához nyújtható támogatás, foglalkozási rehabilitációhoz nyújtott bértámogatás, s a munkahelyi segítő személy foglalkoztatásához nyújtható támogatás.

Költségkompenzációs támogatásból, mely a munkáltatókat segíti foglalkozási rehabilitációs tevékenységükben. Megtéríthetők a foglalkoztatáshoz szükséges költségek pályázati eljárás során.

Rehabilitációs költségtámogatásból, mely szintén a foglalkozási rehabilitációs tevékenységben segíti a munkáltatókat, hogy a nyílt munkaerőpiacon egészségi állapotuk miatt nem foglalkoztatható személyek munkavégzését segítsék. (www.orszi.hu)

Törvényi szabályozás mellett a fogyatékkal élő emberek is részesülhetnek némi támogatásból a következő rendeletek figyelembevételével: 49/2009. (XII. 29.) EüM rendelet a súlyos fogyatékoság minősítéséről és igazolásáról, a 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól, 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, valamint a 335/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet az összevont adóalapját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékoságnak minősülő betegségekről. (Hatos, Gy., Kisgyörgyné Cziráki, A., Stollár, J., 2004)

Azon megváltozott munkaképességű egyének száma, akik álláskeresőként regisztráltak, 40-45 ezer főre tehető. A reha-

bilitációs járadékot jelenleg néhány ezer fő kap, de számuk akár 15-20 ezerre is emelkedhet. Jelenleg néhány ezren vannak azok, akiknek elhelyezkedésük érdekében együtt kell működniük az Állami Foglalkoztatási Szolgálattal, ám számuk 50-60 ezer főre is emelkedhet. Azon aktív korú egészségkárosodott személyek, akik a munkaerőpiacról kiszorultak számuk százezerre tehető. Magyarországon a támogatási rendszer összetett és egyben ellentmondásos. (Nemzetgazdasági Minisztérium, 2011)

Célkitűzések

Szeretnénk képet adni a megváltozott munkaképességű emberekről, a dolgozni akarásukról, az értékeikről, valamint az őket foglalkoztató cégekről. Továbbá be szeretnénk mutatni a főiskolai végzettségű ápoló és az igazgatásszerező szerepét e cégek falain belül.

Vizsgálati minta és módszerek

Kutatásunkat Békés városában a Lazarus Kft. és a Rehabil Kft. megváltozott munkaképességű dolgozói körében illetve e cégektől független, de szintén megváltozott munkaképességüként dolgozó személyekkel végeztük 2011. októberében, illetve november elején.

A Lazarus Kft. 1998. január elején kezdte tevékenységét, s a megváltozott munkaképességű személyeknek nyújtanak munkalehetőséget. Kosártermékek, fonott bútorok, lakástextilek, munkaruházat, ágytakarók, ágyneműk készítésével foglalkoznak, bér-munkákat vállalnak.

A Rehabil Kft. 2002-ben alakult, s szintén megváltozott munkaképességű személyekkel foglalkozik, s főként varrodai bér-munkákkal foglalkoznak.

A kérdőíveket személyesen osztottuk ki. A nyitott és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazó kérdőívek 28 kérdést tartalmaztak, valamint véleménynyilvánítási lehetőséget a dolgozók részére.

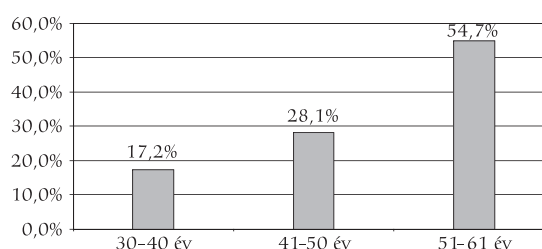
100 db kérdőív történt kiosztásra személyesen, melyből 64 db érkezett vissza. Az adatok feldolgozását Microsoft Office Excellel

végeztük. A kapott eredmények értékelésére megoszlási viszonyszámokat használtunk.

Eredmények

A kérdőívet kitöltő megváltozott munkaképességű dolgozók életkori megoszlását ábrázoló diagramján látható, hogy a válaszolók több mint fele, vagyis 54,7%-uk az 51-61 év közötti korosztályból került ki. Őket követi 28,1%-kal a 41-50 éves korig tartó korosztály, végül a 30-40 éves válaszolók 17,2%-kal. (1. ábra)

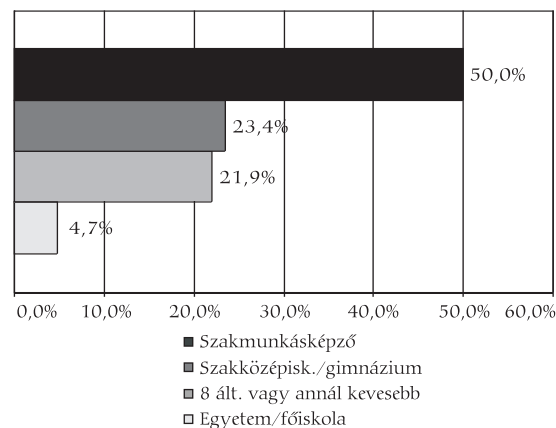
1. ábra: A kérdőívet kitöltő megváltozott munkaképességű dolgozók életkori megoszlása (%), (n=64)

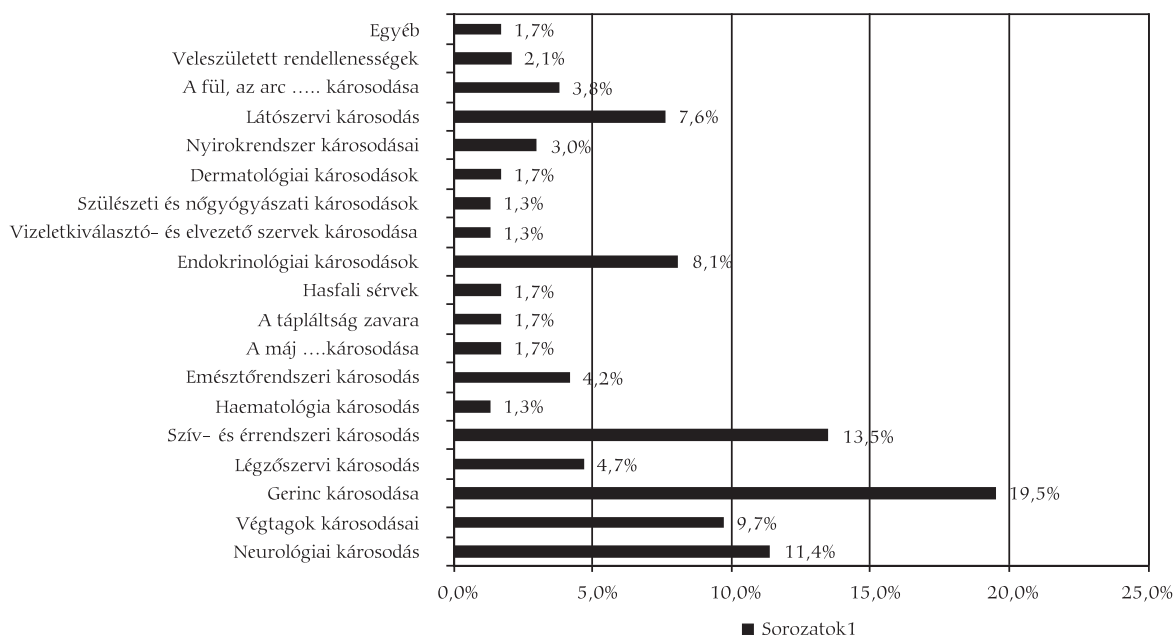


A nemek szerinti megoszlás tekintetében jól megfigyelhető, hogy a válaszadók 84,4%-a nő, míg 15,6%-a férfi.

A 2. ábrából látható, hogy a válaszadók 50%-a szakmunkásképzőt, 23,4%-a szakközépiskolát/gimnáziumot, 21,9%-a 8 általánost vagy annál kevesebbet végzett, míg a magasabban kvalifikált egyetemi/főiskolai végzettségű dolgozók vannak a legkisebb százalékban (4,7%) jelen.

2. ábra: A válaszadók iskolai végzettségének megoszlása (%), (n=64)



3. ábra. A válaszadók betegségeinek megoszlása (%), (n=64)

A megváltozott munkaképességű dolgozók betegségeinek összesítését követően 19,5%-ban a gerinc károsodása, majd 13,5%-ban a szív- és érrendszeri károsodás, ezt követően 11,4%-ban neurológiai károsodás, ezután 9,7%-ban a végtagok károsodása, 8,1%-ban endokrinológia károsodások, 7,6%-ban látószervi károsodás figyelhető meg. Ennél a kérdésnél többet is jelölhettek a megkérdezettek. (3. ábra)

Az NRSZH szakértői vizsgálata alkalmával a kérdőívet kitöltő dolgozók a következő rokkantsági csoportba sorolhatók be: 73%-uk a III. csoportba, 22,2% a rendszeres szociális járadékosok, ami a 40-49%-os csoportnak felel meg, ill. 4,8% pedig az I-II. csoportba tartoznak. (4. ábra)

A válaszadók egy része is jogosult a súlyos mozgáskorlátozottságra (közismertebb nevén „7 pontos papír”) és/vagy az összevont adóalapját csökkentő kedvezményre és/vagy a súlyos fogyatékosági támogatásra, de sajnos nincs mindenki tisztában az öt megillető támogatással és/vagy kedvezménnyel.

Rácáfelnánk azon véleményekre, miszerint „azért százalékkoltják le magukat az emberek, mert nem akarnak dolgozni”. Attól, hogy valaki beteg lett, nem azt jelenti, hogy dolgozni sem akar. Mi sem mutatja jobban ezen állításunkat, mint a következő

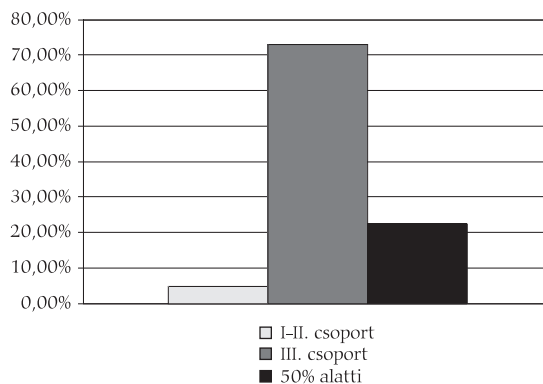
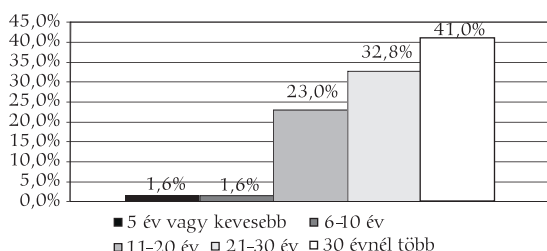
4. ábra: A kérdőívet kitöltők rokkantsági besorolása (%), (n=63)

diagram. Ugyanis a válaszolók 41,0%-ának 30 évnél több munkaviszonya van. Őket követi 32,8%-kal a 21-30 év munkaviszonnyal, majd 23,0%-kal a 11-20 év munkaviszonnyal, és a 6-10 év és 5 év vagy annál kevesebb ledolgozott munkaévvel rendelkezők 1,6 %-kal. (5. ábra)

A dolgozók 4-7,5 órában dolgoznak egy nap. 84,4%-uknak nem volt szükség átképzésre, viszont megrokkanasukat követően 81% vesztette el akkori munkáját, s 67,8%-nak több mint 1 éven keresztül nem volt munkája. Lehetőséget adtunk a válaszadóknak, hogy nyitott kérdés formájában írják le, milyen változás volt számukra a megválto-

5. ábra: A megváltozott munkaképességű dolgozók munkaviszonyának megoszlása (%), (n=61)



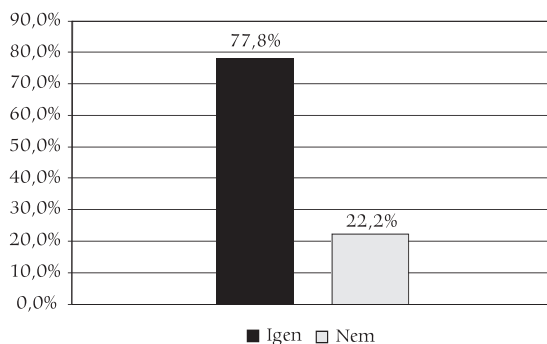
zott munkaképesség. A teljesség igénye nélkül a következő válaszok születtek: „a munkáltató nem foglalkoztat”, „fizikailag, lelkileg leépültem, bizonytalan lett minden”, „anyagilag megrogytam”, „minden hónap egy újabb kihívás”.

Az ismételt munkába állás 80,7%-uknak hozott változást, melyet a következőképpen fogalmaztak meg: „a munka világába kerültem vissza”, „ki tudom fizetni a rezsit és a gyógyszereimet”, „lett rendszeres jövedelem, emberek közt vagyok”, „anyagi helyzetem javult”, „szükség van rám, emberek közt vagyok, felelős munkát végzek”.

Jelenlegi munkahelyükön a választ adók 33,3%-a érzi maximálisan megbecsültnek munkáját (10-es skálán 10 pont).

A megkérdezettek 77,8%-a fél attól, hogy elveszíti jelenlegi ellátását, hiszen akkor visszacsúszik a viszonylagos anyagi biztonságból a bizonytalanságba, ahogy azt már korábban megfogalmazták. (6. ábra)

6. ábra: Az ellátás elvesztésétől tartanak e? (%), (n=63)

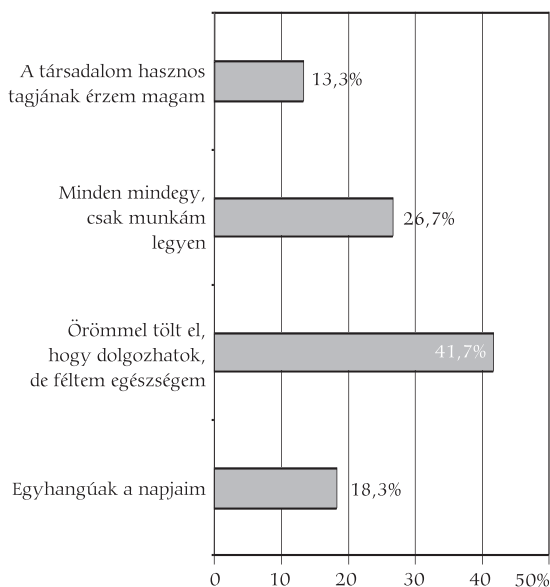


Sajnos 73,4% nem érez kedvet ahhoz, hogy képezze magát, mert idősnek érzik magukat, vagy betegségükből adódóan nem tartják képesnek magukat rá, vagy a megél-

hetést és saját gyermekeik taníttatását tartják fontosnak.

Érdekesképpen megadtunk 4 állítást, mert kíváncsiak voltunk arra, inkább melyik csoportba sorolják magukat. Az összesítés alapján 41,7%-ukat örömmel tölti el, hogy dolgozhat, de féltik egészségüket, hiszen nem tudni, hogy az általában definiált, és stagnáló állapot, mikor rosszabbodik. A választ adók 26,7%-a a minden mindegy, csak munkám legyen opciót jelölte meg. Az ő számukra is nagyon fontos az, hogy dolgozni tudnak, de a túlélést helyezik előtérbe. 13,8%-uk mondja, hogy egyhangúak a napjaik. Vagyis nem lelik örömeiket a munkában, a társaságban, hajlamosabbak depresszióra, elszeparálódásra, erre a csoportra nagyon oda kell figyelni. 13,3% pedig a társadalom hasznos tagjának érzi magát. Számunkra ez az állítás azt jelenti, hogy ők az a kisszámú csoport, akiket sarkallni lehet a tanulásra, arra, hogy önmagukat is megtudják valósítani, s esetleg vezető pozíciót töltsenek be. (7. ábra)

7. ábra: A válaszolók önmaguk megítélésének megoszlása (%), (n=60)



Kíváncsiak voltunk mit tartanak fontosnak, mit kívánnának, ha megtehetnék. A válaszadók számára értéket képvisel egészségük visszanyerése mellett az anyagi biztonság, de ugyanolyan fontosnak tartják a munkahely fennmaradását, azt, hogy dol-

gozhassanak, mint a nyugodt családi életet és a párkapcsolatot.

A témával kapcsolatban a következő véleményeket, javaslatokat kaptuk, s ebből említünk meg néhányat, melyek számunkra is érdekesnek bizonyultak. Beszéljenek ők helyettünk:

- ⇒ „munkához való jog egészségkárosodásához mérten”
- ⇒ „több támogatás a megváltozott munkaképességű személyeknek, rehabilitációs munkahelyek”
- ⇒ „tetszik, hogy valaki foglalkozik a megváltozott munkaképességű emberekkel”
- ⇒ „nem értem mi történt a világgal”
- ⇒ „a regnáló kormány gondolkodjon el, mit tesz a szavazóival”
- ⇒ „a jelenlegi vezetés nem tudja milyen egy olyan ember élete, aki nem teljesen egészséges”
- ⇒ „adjon annyi nyugdíjat az állam, hogy át tudjuk adni a munkaerőpiacot az egészségeseknek és a fiataloknak”
- ⇒ „55 éves kor fölött engedjék rendes nyugdíjba az embereket”
- ⇒ „semmi véleményem nincs, mert úgysem érdekel senkit, aki javíthatna életemen. A törvényhozókat nem érdekli a szegényebb nép”
- ⇒ „több emberi megbecsülés, jobb orvosi ellátás, több munkalehetőség a beteg emberek részére”
- ⇒ „munkahelyeket biztosítani a beteg embereknek”

Úgy gondoljuk, hogy régen és a mai világban is mind az egészséges, mind a megváltozott munkaképességű embereknek, a pályakezdő fiataloknak és mindenkinek szüksége van arra, hogy megmutathassa mire is képes, milyen értékei vannak.

„Olyan munkahelyet kell teremteni, amelyben a dolgozó velünk, önmagukkal, és egymással összhangban tevékenykednek és hisznek abban, hogy a csoportérdek mellett saját szükségleteiket is kielégíthetik” (D.H. Weiss, 1990)

Következtetések, javaslatok

A kérdőívek kiértékelése után megfigyelhető, hogy az 51-61 éves korcsoport van

jelen 54,7%-al. A válaszadók 84,4%-a nő. Iskolai végzettséget tekintve a szakmunkásképző dominál 50%-kal, míg az egyetemi/főiskolai végzettség csupán 4,7%-ot ért el. Betegség tekintetében a gerinc károsodását jelölték túlnyomó többségben (19,5%), de a szív-és érrendszeri károsodás (13,5%), a neurológia károsodás (11,4%), a végtagok károsodása (9,7%), az endokrinológiai károsodás (8,1%), a látószerv károsodása (7,6%) is jelen vannak. A szakértői bizottság általi besorolásnál a III. csoport van túlnyomó többségében jelen. A dolgozók 41,0%-ának 30 év-nél több munkaviszonya van, többségüknek nem volt szükség átképzésre, de megrokanásukat követően 81,0%-uk veszítette el munkáját. Az ismételt munkába állás 80,7%-uknak hozott változást az életében, s jelenlegi munkahelyükön 33,3% érzi maximálisan megbecsültnek munkáját. Sajnálatos módon a dolgozók kevésbé vannak tisztában azzal milyen támogatásra és/vagy kedvezményre lenne jogosult. Sajnos életükben jelen van a félelem nap, mint nap. Félelem a munkahely elvesztésétől, az egészségi állapot romlásától, ezért fontos a megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztató cégek léte. Fontos a lelki egyensúly biztosítása e cégek falain belül is.

Bár a cikk a megváltozott munkaképességű személyek munkavállalásáról szól, de meg kell említeni, hogy a mai rohanó, stresszel fűszerezett életünkben az egészséges munkavállalók sem igazán mondhatják magukat szerencsésnek, egészségesként is előfordul rengeteg olyan probléma, amely megnehezíti a munkavállalást.

Az egészség megfogalmazása, körülírása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát.

De valljuk be őszintén, lelki problémákkal az emberek döntő többsége a mai napig nem fordul orvoshoz, mert a depresszió (külső szemlélő számára szembetűnő lehangoltság) luxus betegség. Még most is a XXI. században, miközben számtalan kutatás és statisztikai adat is alátámasztja mindazt, hogy ez a fajta betegség, és más lelki probléma is emberek ezreit érinti, és lehet segítséget kérni, sőt ha nincs rendben a lélek, nincs rendben a test sem, mert a testünk jelez, csak még min-

dig nem tanultuk meg értelmezni. A legtöbb munkahelyi megbetegedés egyetlen forrásból fakad: a stresszből. Nem véletlen, hogy a stresszt a XXI. századi „fekete halálnak” is nevezik.

Gondoljunk csak Vincent Van Gogh: Az örökkévalóság kapujában (1882), című festményére, a teljes lelki diszharmonia tükröződik vissza a képen.

A megváltozott munkaképességű munkavállalóknál is nagy számban érezhető a depresszív állapot, az értéktelenség gondolata, az öröm, az érdeklődés hiánya.

Ha különböző módszerekkel nem vezeti le, előbb-utóbb komoly testi és lelki problémákkal kell majd szembe néznie: álmatlanság, depresszió, gyomorfekély, különböző szív- és érrendszeri megbetegedések, állapotuk romlása.

A stressz számos egészségügyi problémát idézhet elő, de alattomosabb betegségek kialakulásához is vezethet, mint a stroke, a szívroham vagy a rák, melyre a brit Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) témában végzett felmérése is kitér.

Cary Cooper a The Science of Occupational Health szerzője is hangsúlyozta, hogy a stressz jótékony hatású is lehet, motiváló erővel bírhat. Ha a stressz állandósult lelki nyomást okoz, akkor már az egészségre káros hatással van, mert ilyenkor az emberek többet esznek vagy dohányoznak. (www.hvg.hu/karrier/20111005_fekete_halal_stressz)

„Viszont a gazdasági válság miatt a dolgozókra nehezedő lelki nyomás – félelem a munkanélküliségtől, esetleg az új cégvezetéstől és a megváltozott munkakörülményektől – és fizikai megterhelés – túlóra, pluszmunka, mások feladatának átvállalása – állandó stressz faktor – mondta Jill Miller, a CIPD munkatársa”. (www.hvg.hu/karrier/20111005_fekete_halal_stressz)

A stressznek és következményeinek mindkét csoport ki van téve mind egészséges – mind megváltozott munkaképességű munkavállaló. Közre játszhat még a családi állapot is, ugyanis ha van kivel megbeszélni a problémáinkat, akkor talán hamarabb túlélhetjük a mélyponton.

Nagyon fontos a megváltozott munkaképességű cégek fennmaradása, léte, hiszen a

megbetegedett munkavállalók a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedése nem mondható reálisnak, mert az egészséges munkavállalók is nehezen kapnak munkát. Ahogy azt már korábban említettük nem munkakerülő személyekről van szó, hiszen többségüknek 30 évnél több munkaviszonnal bír. Bárkinél előfordulhat, hogy betegsége miatt nem tud teljes értékű emberként részt venni a munka világában, de dolgozni szeretne, mert biztonságot ad, közösségekben van, hasznosnak érzi magát.

Az igazgatásszervező szerepe a jogrendszer intézményei működésének, gazdálkodásának, valamint az igazgatásszervezés és a közigazgatási szervezői tevékenységhez kapcsolódó más társadalomtudományok alapjainak ismeretében alkalmasak igazgatási feladatok megoldására, közigazgatási döntések előkészítésére, végrehajtására, az önkormányzati és más közigazgatási szervek működésének szervezésére. Igazgatási, szervezési feladatok ellátására, hatósági eljárások lefolytatására, középvezetői feladatok elvégzésére valamint szervezői, projektmenedzseri feladatok ellátására akár nemzeti közeli intézményekben és nemzetközi vállalatoknál.

Figyelemmel kíséri a gazdasági feladatokat, pályázati lehetőségeket, törvényi változásokat, ellenőrzi a megrendeléseket, valamint az ehhez kapcsolódó feladatokat.

Együttműködést alakít ki más gazdasági szereplőkkel, mint például a Munkaügyi Központtal, Államkincstárral és más Állami szervekkel.

A megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztató cégeknél is nagy segítséget jelent egy diplomás ápoló, mint rehabilitációs munkatárs. Szerepe e területen az, hogy odafigyel ezen személyekre, meghallgatja őket, kiáll mellettük, hiszen egytől egyig értékes emberekről van szó, továbbá személyes rehabilitációs tervet készít, oktatásokat szervez, esetleges állapotromlásuk elkerülése érdekében tanácsokat ad, s nyommon követi a törvényi változásokat.

Azért tisztelet adassék a beteg embernek. Mert ahol a beteg lélek egészséges testbe tudott élni, ott mindig „csoda” történt. Ilyen „csoda” pedig nem sok volt: Mózes, Michelangelo, Shakespeare és Goethe, Van

Gogh. Ezek a „nagy betegek” egészségesek voltak teljes életükben.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondunk köszönetet Hegedűs Zsoltnak, a Lazarus Kft. ügyvezető igazgatójának, a Rehabil Kft. vezetőségének, hogy engedélyezték a kérdőívek kiosztását segítve ezzel munkánkat és köszönet illeti meg

mindazon dolgozókat, akik e kérdőívet kitöltötték, valamint köszönetet mondunk még az Ösvény Esélynövelő Alapítvány munkatársának, Czinege Kálmánnak, s a Békés Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központ Békési Kirendeltség vezetőjének, Sódar Attilának. Továbbá köszönetet mondunk mindazon személyeknek, akik itt nem kerültek felsorolásra, de hittek munkánk sikerességében.

Irodalomjegyzék

1. 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
2. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről
3. Bölcsházy Z. (2008). Bevezetés a rehabilitáció fogalomkörébe I-II., ETI, Budapest
4. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv (2010). Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
5. Hatos Gy, Kisgyörgyné Cziráki A., Stollár J. (2004). Fogyatékosok szociális ellátása, rehabilitációja. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Budapest
6. Juhász F. (2004). Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékos és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium- Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Budapest
7. Kálmán Zs.;Könczei Gy. (2002). A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest
8. Könczei Gy. (2009). Becsület és alázat - Fogyatekossagtudományi tudástár. Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest
9. Magyar Statisztikai Évkönyv (2010). Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
10. Nemzetgazdasági Minisztérium (2011). Ellentmondásos támogatási rendszer, Budapest <http://www.kormany.hu/download/f/30/20000/Ellentmond%C3%A1sos%20t%C3%A1mogat%C3%A1si%20rendszer.pdf>
11. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal honlapja: <http://www.orszi.hu>
12. Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság honlapja: www.onyf.hu
13. Ponticulus Hungaricus IX. évfolyam 7–8. szám · 2005. július–augusztus
14. Purebl Gy. (2003). Depresszió és szorongás a magyar lakosság körében. Hungarostudy
15. www.hvg.hu/karrier/20111005_fekete_halal_stressz (letöltve: 2011.11.05.)

Disabled workers in the world of the “healthy”

Viktória Emese Gulyás, Hajnalka Varga

Summary

Aim of the study: The authors aim to give an insight into the world of disabled workers and the companies established specifically to employ them, in order to raise awareness of the issues involved. They also wish to introduce the potential role of degree nurses in occupational rehabilitation.

Methodology and sample: The survey was conducted among the disabled workers at Lazarus Kft. and Rehabil Kft., and among people with disabilities who work independently of these companies, in October and early November 2011. A total of 100 questionnaires were distributed, of which 64 were suitable for evaluation and processing. The data obtained was analysed through a study of distribution ratios.

Results: Some 54.7% of the respondents were in the 51–61 age group, and 84.4% of those who completed the questionnaire were women. In terms of their formal qualifications, the majority had graduated from a vocational school. Damage to the motor organs dominated in 19.5% of the respondents, and 73% of them were in disability group III. Some 41.0% of the workers had been in an employment relationship for more than 30 years. The opportunity to work again had brought about a positive change in the life of 80.7% of them. Of those who responded, 33.3% felt that their work was fully appreciated (10 points on a scale of 10).

Conclusions: The maintenance of companies set up specifically to employ people with disabilities is very important, since the placement of disabled workers in the open labour market has not been resolved, as even able-bodied jobseekers have difficulty finding employment.

Key words: working abilities, workforce, rehabilitation, employment, nurse

eTovábbképzés

internetes vizsgarendszerek

Akár továbbképzésenként
20-40 Kreditpont minden
Kamaratagnak
díjmentesen!

Továbbképzés otthon

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

www.etovabbkepzes.hu

www.meszk.etovabbkepzes.hu



secnet
internet service



