

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Socio-cultural environment as a factor influencing perception of overweight and obesity

A stroke betegséghez való viszonyulás összehasonlító elemzése rizikónak kitett cigány és magyar népcsoportokhoz tartozó egyének körében

Szövődmények és a gyógyulást befolyásoló tényezők amputatio után



2014. 27. ÉVFOLYAM 6. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover>



Kamarai Bál 2015



A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Országos Szervezete
szeretettel meghívja Önt

2015. február 21-én 19 óra kezdettel
tartandó

II. KAMARAI BÁLRA.

Helyszín: Lurdy Ház I. emelet BÁLTEREM,
Budapest IX. kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.

Tervezett Program:

Vendégfogadás: 18:30-19:00
Pohárköszöntő - Nyitótánc: 19:00-19:30
Svédasztalos vacsora, felszolgált előétellel és desszerttel: 19:30-21:00
Meglepetés Koncert: 21:00-21:45
Fereteges Buli a Kódex Zenekarral
(Maurer József egyetemi ápoló és barátai) 22:45-ig
Fenyő Miklós Koncertje: 23:00-23:45
Tombolasorsolás: 22:45; 23:45; 01:00 FŐDÍJ
Buli Hajnalig a Kódex Zenekarral
Il Silencio: 04.00

Részvételi díj:

Kamarai tagoknak: 6.500.-Ft
Nem tagoknak: 7.500.-Ft
A részvételi díjról átutalási számlát küldünk!

További információ:

Mátésné Horváth Mónika, irodavezető, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Tel.: 1/323-2070, e-mail: monika@meszk.hu

A találkozás reményében szeretettel várjuk!
a Szervező Bizottság

NŐVÉR

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

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

Nővér, 2014, 27 (6), 1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3	LETTER FROM THE EDITOR	3
ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY A szociokulturális környezet, mint befolyásoló tényező a túlsúly és az elhízás megítélésében Věra Olišarová, Valérie Tóthová, František Dolák	5	REVIEW ARTICLE Socio-cultural environment as a factor influencing perception of overweight and obesity Věra Olišarová, Valérie Tóthová, František Dolák	5
EREDETI KÖZLEMÉNY A stroke betegséghez való viszonyulás összehasonlító elemzése rizikónak kitett cigány és magyar népcsoportokhoz tartozó egyének körében Sántha Emese, Papp László Phd	12	ORIGINAL CONTRIBUTION Comparative analysis of attitudes during stroke among risk-exposed gypsy and caucasian hungarian population Emese Sántha, László Papp	12
Szövegmények és a gyógyulást befolyásoló tényezők amputatio után Kiss Bernadett Mária	19	Complications and affecting factors of the healing after amputation Bernadett Mária Kiss	19
AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA Sérült gyermek a családban Móricz Lászlóné	27	NURSING IN PRACTICE Disabled children in the family Lászlóné Móricz	27
GRATULÁLUNK	38	CONGRATULATIONS	38

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája 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 követelmé-
nyeinek megfelelni képes ápolók képzé-
séhez, továbbképzéséhez.

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

A kiadvány megjelenését gondozza:



Nyomdai munka: Grafitt Pencil Nyomda Kft.,
Budapest.
ISSN szám: 0864-7003

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

Főszerkesztő/Editor-in-Chief
Dr. Csernus Mariann (PhD)

Szerkesztő/Editor
Hirdi Henriett Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board
Dr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*
Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*
Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*
Dr. Pápai Tibor (PhD), *centrumvezető ápoló*
Szloboda Imréné, *igazgató*

Szakértők/Experts
Arany Ida, *megyei vezető ápoló*

Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*
Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*
Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*
Tóth Andrea, *osztályvezető*
Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens*

Tanácsadó testület/Advisory Board
Bagosi Gabriella, *országos vezető ápoló, GYEMSZI-ETF*
Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*
Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Ápolási Tanszék, Szeged

Mészáros Magdolna, *elnök, Egészségügyi Szakmai*
Kollégium Ápolás Szakmai Tagozat

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, MTA*
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem
Szentágotthai János Kutatóközpont

Rauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes, GYEMSZI-ETT*

Dr. Velkey György, *elnök*
Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*

Tóth Ibolya, *főtanácsos,*
Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság

Lapunkat rendszeresen
szemléli a megújult

OBSERVER

www.observer.hu

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt. A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

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

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

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

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

A NŐVÉR SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA



Készítette: **Focht Anita**, diplomás ápoló

Kedves Olvasó!

A Nővér folyóirat 27. évfolyamának utolsó lapszámát tartja a kezében.

Rendhagyó módon – mintegy ünnepi meglepetésként – a lap története során első ízben olvashat külföldi szerzőktől, angol nyelven közzétett publikációt. Vera Olišarová és munkatársainak kézírata a szociokulturális környezeti hatásokat vizsgálja roma betegek körében a Cseh Köztársaságban. A cikk megjelenését szintén lektori véleményezés előzte meg, mely szakmai, illetve nyelvi ellenőrzést egyaránt magában foglalt. Angol nyelvet kevésbé beszélő és értő olvasóink a magyar nyelvű fordítást a folyóirat on-line verziójában olvashatják.

A téma folytatásaként Sántha Emese és Papp László PhD cikke szintén a roma betegek körében készült vizsgálatot mutatja be, mely a stroke betegséghez való beállítódást hasonlítja össze a magyar népesség véleményével.

Az Eredeti közlemények rovatban tesszük közé Kiss Bernadett cikkét, amely az amputált betegek ismételt operációját igénylő szövődmények előfordulását kutatta.

Érzelmes vizekre evezve, Mórica Lászlóné a sérült beteg gyermekeket ellátó, nevelő családok kétségeit, nehézségeit mutatja be egy esetismertetésen keresztül. Az írásban összefoglalásra kerülnek azok a problémák, amelyek a beteg gyermekek nevelése során jelentkeznek. A szerző, mint gyakorlati szakember a javaslatok széles skáláját vonultatja fel a felmerülő nehézségek, anomáliák megoldására.

Újból egy magas színvonalú, széles érdeklődésre számító lapszámot igyekeztünk összeállítani a kedves Olvasó részére. Lapozzák hát kritikus szemmel és osszák meg véleményüket a Szerkesztőséggel.

Budapest, 2014. december 3.

Békés, boldog ünnepeket kíván:
A Nővér folyóirat Szerkesztősége

Socio-cultural environment as a factor influencing perception of overweight and obesity

Věra OLÍŠAROVÁ, Valérie TÓTHOVÁ, František DOLÁK

Summary

The increase of incidence of overweight and obesity is a worldwide problem. Its therapy, as well as prevention, require holistic perception of the issue. The results demonstrate that these diseases cannot be perceived separately but from the perspective of health impact. The socio-economic area, the influences of ethnicity, cultural particularities and a lot of other factors must be considered. This article is focusing on the relation between the socio-cultural environment and perception of overweight and obesity as factors which can be directly reflected with preventive and therapeutic measures. The results show that ethnicity, cultural particularities, acculturation level, social status etc. are factors that influence the incidence of the relevant diseases to some degree. At present, there is lack of sufficient research studies which support the creation and implementation of culturally adequate interventions not only on the territory of the Czech Republic but worldwide.

Key words: overweight, obesity, prevention, ethnicity, gypsy, inequalities in health

A szociokulturális környezet, mint befolyásoló tényező a túlsúly és az elhízás megítélésében
Věra OLÍŠAROVÁ, Valérie TÓTHOVÁ, František DOLÁK

Összefoglalás

A túlsúly és az obesitas előfordulásának növekedése világviszonylatban problémát jelent. Ezek megelőzése és gyógyítása az adott problémák komplex értelmezését igényli. A kutatások eredményei azt bizonyítják, hogy ezt a betegséget nem lehet elszigetelten, csupán az egészségre kiható következményeinek szemszögéből értelmezni. Összefüggésbe kell hozni a társadalmi-gazdasági területtel, az etnicitás hatásával, kulturális sajátosságokkal és még sok más tényezővel. Az előterjesztett tanulmány a szociokulturális környezet és a túlsúly, valamint az elhízás közötti viszony felmérésére irányul. Ez a viszony egy azon tényezők közül, amelyek közvetlenül tükröződhetnek a megelőzés és a gyógyítási intézkedések hatékonyságában. Az eredmények azt mutatják, hogy az etnicitás, a kulturális sajátosságok, az akulturáció mértéke, a társadalmi státusz stb. olyan tényezők, amelyek bizonyos mértékig befolyásolják az adott betegségek kialakulását. Jelenleg nemcsak a Cseh Köztársaságban, de világviszonylatban is hiányoznak az olyan kutatási tanulmányok, amelyek a kulturálisan megfelelő intervenciók létrehozását és realizálását támogatnák.

Kulcsszavak: túlsúly, elhízás, megelőzés, etnicitás, roma, egészségügyi egyenlőtlenségek

Érkezett: 2014. június 30. Elfogadva: 2014. november 27.

Introduction

Overweight and obesity as civilization diseases have very high incidence. In developing countries, it is about 10 – 20 %, with permanently increasing tendency (Pelikánová, 2003). In Europe, obesity occurs in 10 – 20 % of men and 15 – 25 % of women on average

(Kasalický, 2007). In the Czech Republic, the prevalence of obesity can be seen (according to data from 2009) in 23 % of men and 21 % of women, and overweight, i.e. BMI > 25, in 64 % of men and 49 % of women (Laika, Strádalová & Böhm, 2008; Hainer et al., 2011). It also means that the Czech Republic is among countries who have the highest in-

Věra OLÍŠAROVÁ, Valérie TÓTHOVÁ, František DOLÁK
Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Health and Social Studies, University of South Bohemia in České Budějovice, České Budějovice, Czech Republic
Corresponding author name: Věra Olišarová, Mgr. Postal address: Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Health and Social Studies, University of South Bohemia in České Budějovice, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Czech Republic; E-mail: volisarova@zsf.jcu.cz

idence rates of overweight and obesity. It is alarming in this context that, by estimate, one of each 13 deaths in the European Union is related with excessive body weight, which has strong impact on both the health care and financial system (Kasalický, 2011). It is interesting that the increasing incidence of overweight and obesity has been noticed also in the countries of Latin America and South-East Asia. But the population in those areas, as compared to caucasian population, is endangered with higher risk of complications at different values. That phenomenon is caused by higher accumulation of visceral fat at lower BMI (Body Mass Index) (Hainer, Kunešová & Bendlová, 2002; Gray et al., 2011).

It is certainly possible to influence some of the important factors with preventive measures related to environment, economic situation of individuals or ethnic differentiation. The relation between ethnicity and higher incidence of overweight and obesity was confirmed e.g. by research performed in America, which was focused, among other things, also on the difference in incidence of such diagnoses in white and Afro-American women (Hainer et al., 2004; Pan et al., 2009). Three years of research found distinctively higher incidence of overweight and obesity in Afro-Americans and Hispanics (Pan et al., 2009). Difference was found also in perception and assessment of beauty and attractiveness in different ethnic groups (Baptista, 2011; Kasalický, 2011). It was confirmed that the perception of own appearance is distinctively subject to the influence and pressure of culture. Particularly in Western societies where the ideal of slim figure is permanently on the upswing, we can see growing increase in the incidence of eating disorders (Nasser, 1988; McCarthy, 1990). But Striegel-Moore, Silberstein, Rodin (1986) also point out the fact that women from different ethnic and racial groups living in the USA are „protected“ to some degree against such diseases just thanks incomplete integration in the given social majority. Demonstrably higher level of satisfaction with own appearance (or higher proportional size of own body), as compared to white population, was found in African American women. Lower pressure of

own culture in relation to the ideal of slim body, so different from the social majority, seems to be a possible cause of that situation. (Gluck & Geliebter, 2002). Similar findings were noted also in Jordanian women (Baptista, 2011).

The influence of ethnicity, acculturation degree and social status can be seen also in the overweight and obesity of Romany population, which constitutes the largest group on the territory of the European Region, simultaneously distinctively endangered by social exclusion (Government of the Czech Republic, 2009; Mačková et al., 2012; Zeljko et al., 2012). According to estimates, almost 4,2 million Romany people live in Central and Eastern Europe (Dobranici, Buzea & Popescu, 2012). Their number in the Czech Republic is estimated at 250 – 280 thousand persons (Kalibová, 2008). The impact of the above stated determinants can be seen particularly in inequality in health, in high incidence of life-style-related diseases, in lower socio-economic status, high unemployment and psycho-social consequences of migration-related stress (Government of the Czech Republic, 2009; Mačková et al., 2012; Zeljko et al., 2012; Ostrihoňová & Bérešová, 2010). For example Zeljko et al. (2012) state that, as compared to the majority Greek population, the Romany people living in Greece showed generally higher presence of risk factors related to cardiovascular diseases in lower age categories. At the same time, increasing prevalence of such diseases (including overweight and obesity) can be expected, in connection with increasing age, economic status and modernization of the way of life of the given group.

The possible link between high prevalence of obesity and adverse life style and inappropriate eating habits, supported by genetic predispositions, is also confirmed by Vazarova de Courten et al. (2003). Their research focused on incidence of overweight and obesity in Romany women in Slovakia, and brought similar findings. One of the interesting findings was that Romany women from poor areas of Eastern Slovakia suffer from extreme obesity, as compared to majority population, much more frequently. In that case, genetic predispositions are sup-

ported by inappropriate changes in eating habits and movement activities (Dolinska, Kudlackova & Winter, 2007).

Goal

The goal of this article is to point out the relation between socio-cultural environment and perception of overweight and obesity as diseases deserving increased attention and implementation of preventive measures. At the same time, its goal is to specify the basic determinants that may obstruct effective prevention with regard to ethnic origin. The article is focused also on the Romany minority, which is one of the largest in the Czech Republic, although only 5 135 inhabitants claimed allegiance to Romany nationality in the census of 2011 (Czech Statistical Bureau, 2011), but qualified estimates report, for the period of 2010 – 2020, up to 250 – 280 thousand persons (Kalibová, 2008).

Methodology

Secondary analysis of relevant sources was done using Scopus, ScienceDirect, PubMed, EBSCO, SpringerLink, Web of Science and ProQuest electronic databases end of sentence. These sources were used to name the key concepts and to specify the basic determinants. Based on key words (overweight – obesity – prevention – ethnicity – gypsy – inequalities in health), relevant sources related to the issue of ethnic differences in perception of health, selected disease types with focus on overweight and obesity, body image and eating habits were searched. Based on the study of abstracts of the individual references, full texts of suitable publications were subsequently analyzed.

Results

Incidence of overweight and obesity from the perspective of ethnicity

The permanently increasing prevalence of overweight and obesity constitutes a signifi-

cant problem worldwide, because almost 2,8 million people die of the consequences every year (WHO, 2014). For example in 1988–1994, 56 % of population over the age of 19 suffered from overweight or obesity in the USA, but until 2009–2010 it increased to 68.8% and obesity alone was found in 35,7 %. Also the age category of 12 – 19 years showed almost eight percent increase. In 1988–1994, obesity was found in 10,5 % individuals; in 2009–2010, in 18,4 % already (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). The lowest incidence of overweight and obesity was found in South-Eastern Asia. In that region, obesity is around 3 %; overweight was found in 14 % of population (WHO, 2014). In Central and Eastern Europe, the highest prevalence of obesity was found in 1980 and it oscillated between 16,3 – 18,2 % (Stevens et al., 2012). Between 1980 – 1990, its incidence all over Europe rose by almost 40 % (Crossley, 2004). According to available data, more than a half of the population suffer from those diagnoses in the European Union. That border of prevalence is met by 17 of the 27 member states (OECD, 2012). On the contrary, the lowest prevalence was found in Romania (7,9 %), Switzerland (8,1 %) and in Italy in (9,9 %) in 2010 (OECD, 2010).

Overweight and obesity can be found more and more frequently in younger generations (adolescents and children). In those trends, ethnicity, lower income and lower education level play a significant role. In case of child population, it is the family background and higher BMI levels of the parents (mainly mothers). In this context, it is therefore assumed that ethnicity is often a more significant predictor for origination of the relevant diseases in child population than social class or other socio-economic variables (Saxena et al., 2004; Robertson, Lobstein & Knai, 2007; Higgins & Dale, 2010; Karlsen et al., 2013). For example the prevalence of obesity was 51 % higher than in non-Hispanic black persons living in the USA, as compared to non-Hispanic white persons. The hispanic persons' obesity prevalence was 21 % higher than non-hispanics. (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Higher prevalence of obesity and increased risk of atherosclerosis

was measured in Slovak Romany persons, as compared to non-Romany population. At the same time, it was demonstrated that metabolic syndrome is more frequently diagnosed in this minority in Western Slovakia (Ostrihoňová & Bérešová, 2010; Dobranici, Buzea & Popescu, 2012).

Another factor involved in this trend is the duration of stay of the migrants in the target country, the acculturation degree and the related change of lifestyle and eating habits (Goel et al., 2004; National Obesity Observatory & NHS, 2011). Because of this fact, ethnic groups became very distinct from the host countries' national and religious composition. This individuality should be reflected also in the methods of assessment of overweight and obesity, so that risks are not underestimated in relation to the assessment criteria (National Obesity Observatory & NHS, 2011). Different incidence of risks related to cardiovascular diseases and diabetes mellitus at identical BMI values was demonstrated for example in Asian persons, as compared to white population. This fact leads the researchers to the effort to modify the range of BMI values for the needs of specific countries and ethnic groups at present. For the actual assessment of overweight and obesity, for implementation of screening, it is further suggested adding another diagnostic criterion, like measuring of waist, hips or assessment of their proportion to BMI monitoring (Zhou, 2002; Oh et al., 2004; Razak et al., 2007; Low et al., 2009; Chiu et al., 2011).

In this context, the definition of ethnicity seems Essentials also; ethnicity must be approached as a multidimensional concept, which varies in time. In addition to skin colour, national identity, citizenship and religion, it includes language, the country of origin and culture. Within worldwide migration, accompanied by natural mixing of cultures individuals could identify themselves with elements of other cultures. New, very individual ethnic groups are created in the dynamic process, and they are characterized by different needs and, in the area of prevention, also by the necessity of using specific, culturally suitable programs (National Obesity Observatory & NHS, 2011).

Differences in self-conception from the perspective of ethnicity

Overweight and obesity as health problems have distinctive impact on the individual's social too. In Western societies, obesity is not a preferred ideal of physical appearance; in spite of that fact, its incidence has been permanently rising in these countries too. From sociological perspective, studies of social variables that may influence inadvertent desires of individuals related to eating behaviour or spending of leisure time are becoming more and more important. Therefore the topic of obesity as social construct is getting disputable, because additionally to medical diagnosis, it typó: fulfills also the dimension of function and impacts in bio-political sphere (Crossley, 2004).

In relation to ethnicity, the dimension of social status and the level of acculturation in social majority, related to adoption of values, social standards, eating habits and a number of psychological changes, is essential. In their consequence, changes in this dimension are undoubtedly involved also in perception of overweight and obesity as disease or preferred or, on the contrary, refused physical appearance (Berry, 1989). An example of such influence was found in white women who consider slimmer figures more attractive, as compared to black women. In Asian women, higher satisfaction with physical appearance was found; as compared to black women, they assign underweight to bigger woman figures. But in this regard, determinants like education, age, acculturation degree, body mass index etc. must be considered too. Such factors, across cultures, may be related to social pressure aimed at preferred physical appearance (Cachelin et al., 2002).

Significance of cultural particularities for efficient prevention of overweight and obesity

To provide an effective prevention of overweight and obesity in different ethnic groups, culturally adequate intervention strategies must be taken as base. They should be compiled based on individual needs of individual countries in relation to ethnic differentia-

tion, ideals of body appearance and cultural and subcultural values (Crawford et al., 2001). They should respect also the level of nutrition acculturation, i.e. the level of adoption of nutrition habits of the population of the target country by the immigrants (Satia-Abouta, 2002). Unfortunately, not only on the territory of the Czech Republic, but worldwide, there is lack of research studies that could support their creation (Crawford et al., 2001).

Another factor influencing the efficiency is the holistic conception of the causes of origination of overweight and obesity. To create a successful preventive program, individual factors (e.g. food composition, movement activities, existing diseases, jobs, way of spending leisure time, etc.) should be perceived in context, not separately (Crossley, 2004; Malnor, 2006). Demonstrated relation between lower social class and food composition (Malnor, 2006) or the theory explaining rise of consumption of sweet meals and sweets may be an example of such perspective. The aforesaid theory assumes that increased consumption of such food-stuffs is influenced by lack of personal contact among people. In consequence, people substitute solving of life situations or other crisis situations by consumption of sweet meals (Hubinková, Bakié-Tomié & Surynek, 2008). Link between increasing incidence of overweight and obesity and changes in social sphere in individual cultures, particularly in social status and change of life style (shift to sedentary life style) was found also in Hungarian adolescents (Kalabinska et al., 2010). Those factors are subsequently directly reflected in the efficiency of preventive measures, as they can be related to motiva-

tion, which is indispensable for implementation of long-lasting changes of life style.

Conclusion

The goal of this article was to point out the relation between socio-cultural environment and perception of overweight and obesity. The understanding of this relation may help health care workers and individuals working in the area of prevention with correct implementation of culturally adequate interventions in the area of therapy and prevention of the given diseases. In case of ethnic minorities, it is necessary to approach the area of health issues comprehensively, as the incidence and prevention of the diseases are closely related to economic, working, political and social conditions (Government of the Czech Republic, 2009). The character of these determinants shows clearly that they cannot be considered invariable. Their influence is related also with the acculturation level of immigrants or other minorities and with the characteristics of national groups in the relevant countries. That is why the need of research intentions and activities aimed at mapping of the relevant issue is emerging in this area, in order to create preventive programs directly reflecting the specific needs and requirements of individual countries.

The article is related to the research grant project number LD14114, implemented under financial support of the Ministry of Education, Youth and Sports within COST (Cooperation on Scientific and Technical Research), named „Obesity and overweight in Romany minority in the Region of South Bohemia“.

Irodalomjegyzék

1. Baptista, K. (2011). A Cross-National Examination of Body Image and Media Exposure Comparisons Between Jordanian and American Women. *Undergraduate Review*, 7, 14-21. Retrieved from http://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1181&context=undergrad_rev
2. Berry, J. W. (1989). Acculturation and Psychological Adaptation. In: J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 511-520). North-Holland: Elsevier Science Publishers BV
3. Cachelin, F. M., Rebeck, R. M., Chung, G. H.

- Pelayo, E. (2002). Does Ethnicity Influence Body-Size Preference? A Comparison of Body Image and Body Size. *Obesity Research*, 10(3), 158-166.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Differences in prevalence of obesity among black, white, and Hispanic adults - United States, 2006-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 58(27), 740-4.
 5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Health, United States, 2012, With Special Feature on Emergency Care. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus12.pdf#063>
 6. Chiu, M., Austin, P. C., Manuel, D. G., Shah, B. R., Tu, J. V. (2011). Deriving Ethnic-Specific BMI Cutoff Points for Assessing Diabetes Risk. *Diabetes Care*, 34(8), 1741-1748.
 7. Crawford, P. B., Story, M., Wang, M. C., Ritchie, L. D., Sabry, Z. I. (2001). Ethnic issues in the epidemiology of childhood obesity. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 855-78.
 8. Crossley, N. (2004). Fat is a Sociological Issue: Obesity Rates in Late Modern, 'Body-Conscious' Societies. *Social Theory & Health*, 2, 222-253.
 9. Český statistický úřad. (2011). Tab. 614a Obyvatelstvo podle věku, národnosti a pohlaví. Retrieved from [http://www.scitani.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/A10032E9A7/\\$File/OBCR614.pdf](http://www.scitani.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/A10032E9A7/$File/OBCR614.pdf)
 10. Dobranici, M., Buzea, A., Popescu, R. (2012). The cardiovascular risk factors of the Roma (Gypsies) people in Central-Eastern Europe: a review of the published literature. *J Med Life*, 5(4), 382-389.
 11. Dolinska, S., Kudlackova, M., Winter, E. (2007). The prevalence of female obesity in the world and in the Slovak Gypsy women. *Bratisl Lek Listy*, 108(4-5), 207-211.
 12. Gluck, E. M., Geliebter, A. (2002). Racial/ethnic differences in body image and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 3(2), 143-151.
 13. Goel, M. S., McCarthy, E. P., Phillips, R. S., Wee, C. C. (2004). Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *The Journal of the American Medical Association*, 292(23), 2860-2867.
 14. Gray, L. J., Yates, T., Davies, M. J., Brady, E., Webb, D. R., Sattar, N., Khunti, K. (2011). Defining obesity cut-off points for migrant South Asians. *PLoS One*, 6(10), 1-7, e26464. doi:10.1371/journal.pone.0026464
 15. Hainer, V., Hainerová, I. A., Bendlová, B., Flachs, P., Fried, M., Haluzík, M. ... Wagenknecht, M. (2004). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0233-9.
 16. Hainer, V., Hainerová, I. A., Bendlová, B., Flachs, P., Fried, M., Haluzík, M. ... Wagenknecht, M. (2011). *Základy klinické obezitologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
 17. Hainer, V., Kunešová, M., Bendlová, B. (2002). Úloha genetických faktorů v etiopatogenezi obezity. Retrieved from <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/uloha-genetickych-faktoru-v-etipatogenezi-obezity-145095>
 18. Higgins, V., Dale, A. (2010). Ethnic Differences in overweight and obese children in England. Retrieved from <http://www.ccsr.ac.uk/publications/working/2010-07.pdf>
 19. Hubinková, Z., Bakié-Tomié, L., Surynek, A. (2008). *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2471-593-3.
 20. Kalabiska, I., Uvacsek, M., Petrekanits, M., Cseprekál, O., Ihasz, F., Frenkl, R. (2010). Comparison of running performances and prevalence of overweight and obesity in Hungarian and Ukrainian adolescents. *Acta Physiologica Hungarica*, 97(4), 393-400.
 21. Kalibová, K. (2008). Kolik Romů žije v Česku?. *Geografické rozhledy*, 17(4), 8-9.
 22. Karlsen, S., Morris, S., Kinra, S., Vallejo-Torres, L., Viner, R. M. (2013). Ethnic variations in overweight and obesity among children over time: findings from analyses of the Health Surveys for England 1998-2009. *Pediatr Obes*, 9(3). doi:10.1111/j.2047-6310.2013.00159.x.
 23. Kasalický, M. (2011). *Chirurgická léčba obezity*. Praha: Ottova tiskárna. ISBN 978-80-254-9356-4.
 24. Kasalický, M. (2007). *Tabulizace žaludku. Chirurgická léčba obezity*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-957-3.
 25. Lajka, J., Strádalová, N., Böhm, P. (2008). Obezita v ČR – Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro AMI Communication a VZP ČR. Praha: STEM/MARK.
 26. Low, S., Chin, M. C. H., Ma, S., Heng, D., Deurenberg-Yap, P. M. (2009). Rationale for Redefining Obesity in Asians. *Ann Acad Med Singapore*, 38, 66-74.
 27. Mačková, S., Bernasovský, I., Gabriková, D., Bžičková, A., Bernasovská, J., Boroňová, I. ... Carnogurská, J. (2012). Association of the FTO rs9939609 polymorphism with obesity in Roma/Gypsy population. *Am J Phys Anthropol*, 1, 30-34. doi:10.1002/ajpa.21604
 28. Malnor, K. (2006). Fat Teen Trouble: A Sociological Perspective of Obesity in Adolescents. Retrieved from http://digitalcommons.maclester.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=soci_honors
 29. McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavior Research*, 28(3), 205-215.
 30. Nasser, M. (1988). Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 573-577.
 31. National Obesity Observatory (NOO), NHS (2011). Obesity and ethnicity. Retrieved from http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_9851_Obesity_ethnicity.pdf
 32. OECD/European Union (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. Retrieved from <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/02/07/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-26-en>
 33. OECD/European Union (2010). *Overweight and Obesity among Adults, in Health at a Glance: Europe 2010*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264090316-28-en>
 34. Oh, S. W., Shin, S. A., Yun, Y. H., Yoo, T., Huh, B. Y. (2004). Cut-off point of BMI and obesity-related comorbidities and mortality in middle-aged Koreans. *Obes Res*, 12, 2031-40.

35. Ostrihoňová, T., Bérešová, J. (2010). Výskyt metabolického syndrómu a jeho rizikových faktorov u vybranej skupiny Rómskeho obyvateľstva. *Hygiena*, 55(1), 7-14.
36. Pan, L., Sherry, B., Hunter, A. S., Rutledge, G. E., Dietz, W. H., Balluz, L. S. (2009). Differences in Prevalence of Obesity Among Black, White, and Hispanic Adults - United States, 2006-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 58(27), 740-4.
37. Pelikánová, T. (2003). *Diabetologie a vybrané kapitoly z metabolismu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-358-X.
38. Razak, F., Anand, S. S., Shannon, H., Vuksan, V., Davis, B., Jacobs, R. ... Yusuf, S. (2007). Defining obesity cut points in a multiethnic population. *Circulation*, 115(16), 2111-8.
39. Robertson, A., Lobstein, T., Knai, C. (2007). Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf
40. Satia-Abouta, J., Patterson, R. E., Kristal, A. R., Teh, C. Tu, S. P. (2002). Psychosocial predictors of diet and acculturation in Chinese American and Chinese Canadian women. *Ethn Health*, 7(1), 21-39.
41. Saxena, S., Ambler, G., Cole, T. J., Majeed, A. (2004). Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Arch Dis Child*, 89(1), 30-36.
42. Smith, N. R., Kelly, Y. J., Nazroo, J. Y. (2011). The effects of acculturation on obesity rates in ethnic minorities in England: evidence from the Health Survey for England. *European Journal of Public Health*, 22(4), 508-513.
43. Stevens, G. A., Singh, M. G., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J. K., Finucane, M. M. ... Ezzati M for the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (2012). National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics*. Retrieved from <http://www.pophealthmetrics.com/content/pdf/1478-7954-10-22.pdf>
44. Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychology*, 41(3), 246-63.
45. Vaughan, C. A., Sacco W. P., Beckstead J. W. (2008). Racial/ethnic differences in Body Mass Index: The roles of beliefs about thinness and dietary restriction. *Body Image*, 5(3), 291-298.
46. Vazarova de Courten, B., de Courten, M., Hanson, R. L., Zahorakova, A., Egyenes, H. P., Tataranni, P. A. ... Vozar, J. (2003). Higher prevalence of type 2 diabetes, metabolit syndrome and cardiovascular diseases in gypsies than in non-gypsies in Slovakia. *Diabetes Res Clin Pract*, 62(2), 95-103.
47. Vláda České republiky. (2009). *Koncepce romské integrace na období 2010 - 2013*. Retrieved from http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9323_file8_roma_czech_republic_strategy_cs.pdf
48. WHO. (2014). *Obesity. Situation and trends*. Retrieved from http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/
49. Zeljko, H. M., Skarić-Jurić, T., Narančić, N. S., Barešić, A., Tomas, Z., Petranović, M. Z. ... Janičijević, B. (2012). Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia. *Economy and Human Biology*, doi:10.1016/j.ehb.2012.02.007
50. Zhou, B. F. (2002). Predictive values of body mass index and waist circumference for risk factors of certain related diseases in Chinese adults - study on optimal cut-off points of body mass index and waist circumference in Chinese adults. *Biomed Environ Sci*, 15, p. 83-96.

A cikk magyar nyelvű fordítását a lap on-line verziójában tesszük elérhetővé Olvasóink számára.
Szerkesztőség

A stroke betegséghez való viszonyulás összehasonlító elemzése rizikónak kitett cigány és magyar népcsoportokhoz tartozó egyének körében

SÁNTHA Emese, PAPP László PhD

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők a vizsgálat során a magyar és cigány alanyok betegséghez való viszonyulását és stroke betegséggel kapcsolatos ismereteit mérték fel. Vizsgálták továbbá, hogy a megkérdezettek szociális helyzete, anyagi helyzete és iskolai végzettsége befolyásolja-e a betegséghez való viszonyulásukat.

Vizsgálati módszerek és minta: A vizsgálatot kérdőíves lekérdezővel végezték, melyben 45 cigány etnikai csoporthoz tartozó egyén és 50 magyar vett részt (N=95).

Eredmények: A cigány alanyok kevesebb ismerettel rendelkeznek a stroke betegségről, mint a magyar alanyok. Az eredmények alapján a cigányalanyok szociodemográfiai mutatói szignifikánsan rosszabbak, mint a magyar alanyoké. Az averzív betegségmagatartást fenntarthatja a rosszabb anyagi helyzet, és az alacsony foglalkoztatottság.

Következtetések: Amennyiben a nemkívánatos betegséghez való viszonyulást az alacsony iskolai végzettség és foglalkoztatottsági státusz, valamint a rosszabb anyagi helyzet fenntartja, ezek rendezése hatással lehet az egyén egészségi állapotára. A szerzők vizsgálata a korábbi ismereteket annyiban kiegészíti, hogy a betegséghez való viszonyulást nem csupán az egészség/betegséggel kapcsolatos oktatás, hanem a közoktatás is befolyásolja.

Kulcsszavak: stroke, magyar, cigány, betegséghez való viszonyulás

Comparative analysis of attitudes during stroke among risk-exposed gypsy and caucasian hungarian population
Emese SÁNTHA, László PAPP PhD

Summary

Aim of the study: The authors's aim was to examine caucasian and gypsy hungarians attitude towards illness and their knowledge about stroke. Further aim was to study whether the social and financial status and scholastic qualification have an impact on attitude during illness.

Sample and methods: A self-made questionnaire was used for data collection. The authors asked 53 gypsy hungarians with a response rate of 85% (45 in total) and 50 caucasian hungarians (response rate: 100%, 50 in total).

Results: The gypsy persons have less knowledge about stroke than hungarians. The gypsies' sociodemographic indicators are significantly worse than the other study group. Bad financial conditions and low employment rate seem to sustain the aversive attitude towards illness.

Conclusions: If the non-desirable attitude is sustained by low qualification, employment rate and bad financial conditions, then the settlement of these areas could have an effect on the persons' health. This study expands previous results, since it shows that the attitude towards illness is not only influenced by the knowledge about health and sickness, but also by the level of education.

Keywords: stroke, hungarian, gypsy, attitude towards illness

Érkezett: 2014. szeptember 4. Elfogadva: 2014. október 18.

SÁNTHA Emese BSc ápoló, Bács-Kiskun Megyei Kórház Kalocsai Telephelye, Belgyógyászati Osztály
PAPP László PhD főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék, Szeged
Levelező szerző (correspondent): SÁNTHA Emese, elérhetőség: Kalocsai Szent Kereszt Kórház - Bács-Kiskun Megyei Kórház Kalocsai Telephelye, 6300 Kalocsa, Kossuth L. u. 34-36.

Bevezetés

Az orvostudomány még ma is alapvetően természettudományos szemléletű, bár a korábbiakhoz képest – főként elméleti szinten – jelentősnek nevezhető elmozdulás történt a lélektani, szociális, és kulturális szempontokat is magában foglaló interdiszciplináris megközelítés, a betegség komplexebb szemlélete felé. A XX. század robbanásszerű technikai-tudományos fejlődése következtében az egészségképben is jelentős változások mentek végbe, az életminőség javítása fogyasztási kategóriává vált, mára pedig egész iparág épült az egészséges életmód követőinek kiszolgálására. Az egészségtudatos magatartás kialakítására, és a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésére ma már számos program létezik, magazinok, napilapok tematikus számai hívják fel a figyelmet a legismertebb és legveszélyesebb rizikófaktorokra, számos kezdeményezéssel találkozhatunk, ahol pl. ingyenes szűrővizsgálatokat végeznek. Ugyanakkor ezekben a programokban ritkán jelennek meg a betegség kialakulásában jelentősnek nevezhető rizikótényezők, mint a stressz, a depresszió, és a relatív szociális-gazdasági helyzet, ennek megfelelően a kivédésükre vonatkozó tanácsadásnak a jelenlegi rendszerben nincs jól definiált helye.

Az egészséggel és egészségi állapottal kapcsolatos programok tervezésekor nem hagyható figyelmen kívül a különféle kultúrák eltérő viszonyulása az egészség-betegséghez sem. A cigány kultúra egyedülálló elképzeléseket fogalmaz meg az egészségről és az egészségügyi ellátásról. A kultúrájukban eltérő egyénnel való munka során, az eredményesség érdekében a kulturális szokásokat is figyelembe kell venni. (Kricsfalvi, 1998)

A cigány lakosság körében az egészségi állapot mutatószámai a magyar átlagnál is lényegesen rosszabbak. Rövidebb ideig élnek, és mivel sokuk egészségtelen, megterhelő körülmények között dolgozik, az átlaghoz viszonyítva több közöttük a csökkent munkaképességű személy. A cigányok között az átlagpopulációhoz viszonyítva többszörös a daganatos betegségek előfordulása, lényegesen magasabb a szívbetegségek, a légző

rendszeri betegségek (pl. TBC), az asztmás betegségek és – főként kilátástalan helyzetük miatt – a lelki betegségek előfordulása. Mindezek a betegségek megelőzésének komplex, kulturális tényezőket is figyelembe vevő megközelítését teszik szükségessé, amihez elengedhetetlennek tűnnek olyan leíró vizsgálatok, melyek megfelelő adatokkal jelölik ki azokat a területeket, melyek beavatkozást igényelnek.

A betegséghez való viszonyulás elméleti kérdései

Ha az ember megbetegszik, akkor elveszti azt a biztonságot, amelyet az egészség ad. A beteg ember veszteséget, betegségélményt él át, amely befolyásolja a betegséghez való viszonyulását. Mindenki, aki élete során átessett valamilyen – súlyosabb – betegségen, kialakított egyfajta viselkedésmódot, amelyet betegség esetén alkalmaz. A betegséghez való hozzáállás potenciálisan befolyásolja a prevencióhoz való hozzáállást mind a stroke, mind más betegségek esetében is.

A betegségélmény hatására kialakuló viszonyulások fő csoportjai a betegséggel való szembesülés averzív (elkerülő), adekvát (megfelelő, reális), és az adiens (közelítő) formái alkotják. Ezek jelentősen befolyásolják a betegség során kialakuló betegségmagatartást. (Helembai, 2010) Az egyes magatartásformák főbb jellegzetességeit az **1. táblázat** mutatja be.

Magyarországi cigányok betegséghez való viszonyulását befolyásoló tényezők

Az egészség átfogó fogalom, melynek fennállása vagy hiánya hatással van az élet minden területére: a tanulásra, a munkára, a családi és társas értelmzett társas kapcsolatokra, a magán- és közéletre. Az egészségi állapot mindazon környezeti és társadalmi tényezők hatásainak eredménye, melyek nap mint nap érnek minket. Kutatások kimutatták, hogy az etnikai csoporthoz tartozás hozzájárul a romák és nem romák egészségi állapota közt lévő egyenlőtlenségek kialakulásához. Ezek az egyenlőtlenségek részben az egészséget döntően megha-

I. táblázat A betegségélmény megjelenése a magatartásban (forrás: Helembai, 2010)

A betegségélmény megjelenése a magatartásban					
viszonyulás					
reakció módok	betegséghez	betegszerephez	kezeléshez	törődéshez	energiamozgósítás
Averzív	közömbös	A beteg úgy viselkedik, mintha nem érdekelné saját állapota, a gyógyulás esélye.	kitérés	szkeptikus	Reakcióképzés, a „nagyon fontos” helyébe a „teljesen mindegy” lép.
	tagadó	Sem önmaga sem környezete előtt nem ismeri el a betegséget.	kizárás	dacos/ elutasító	Túlkompensálás, irreális ragaszkodás a feladatokhoz, társas környezethez.
	bagatellizáló	Az egyén a betegséget és következményeit átmeneti, és/vagy csekély zavarnak tekinti.	kitérés	szkeptikus/ elutasító	Racionalizálás, a probléma jelentéktelenségének igazolása hamis érvekkel.
Adekvát	reális	A betegszereppel járó jogokat és kötelezettségeket elfogadja.	legyőzés	elfogadó	Elfogadja az állapot szerint indokolt mértékben.
Adiens	fokozottan félő	Tendencia a betegszerep elfogadására.	tünetek fel-nagyítása	dependens	Fokozott törődésigény, függőség
	ragaszkodó	Tendencia a betegszerep kiharcolására.	tünetek keresése, fenntartása	dacos	Túlkompensálás, ragaszkodás a tünetekhez és a betegszerephez.

távozó társadalmi és gazdasági tényezőkben gyökereznek, részben pedig azon akadályok következményei, melyek korlátozzák az egyént az egészségügyi ellátás igénybevételeiben. Ismerve azt a tény, hogy a roma népesség nagy részének társadalmi és gazdasági helyzete mennyire kedvezőtlen, valamint hogy szociálisan kirekesztettnek tekinthető, felbecsülhető, hogy a roma népesség jelentős részének egészségi állapota elmarad a nem romákhöz képest.

A roma közösségnek, mint etnikai és kulturális kisebbségnek is vannak olyan kulturális szokásai és hagyományai, melyek hatással vannak az egyén egészségügyi állapotára, és a betegséggel való kapcsolatot is befolyásolják. A kultúra jelen van a mindennapi életben, és segíti az egyéneket abban, hogy társadalomban éljenek. A kultúrát tanulni kell, akár csak a test működésének megértését, az egészség és a betegség jelentését. A betegség mást jelent különböző közösségekben, vagy akár ugyanazon társadalmon belül is. Az egészség és a betegség szociálisan determinált fogalom, melyet minden kultúra saját részére határoz meg. Ebből követ-

kezően minden kultúra meghatároz terápiai lehetőségeket is.

Az etnikai kisebbségek egészség-betegség képében a kultúra szerepét figyelembe véve felmérhető, hogy: milyen módon jutnak el a beteghez az információk az egészségügyi ellátásról; milyen módon élnek a jogokkal és előnyökkel az egészségügyi ellátó rendszeren belül; a tünetek és aggodalmak milyen módon jutnak kifejezésre; hogyan kezelik a különböző, az egészség szempontjából jelentős rizikóviselkedéseket. („Egyenlőség”, 2007)

Az Egészségügyi Minisztérium 2002-ben vizsgálta a felnőtt romák egészség állapotát roma adatszolgáltatók (1200 család), a romákat ellátó háziorvosok és védőnők körében. Az eredmények még ma is aktuálisak.

A kutatás alátámasztja, hogy a romák egészségi állapota kedvezőtlenebb a nem romákhöz viszonyítva. A tartós egészségkárosodások előfordulása jelentősen nem magasabb, de ezek korrigálására szolgáló gyógyászati segédeszközök igénybevétele jelentős mértékben akadályozza az anyagi erőforrások hiánya.

Az egészségi állapotot befolyásoló társa-

dalmi és pszichoszociális tényezők közül kiemelkedő szerepe van az iskolai végzettségnek, az anyagi helyzetnek, a gazdasági aktivitásnak, a lakóhelyi környezetnek, a lakásviszonyoknak, a problémákkal való megküzdési képességeknek. Mindezek hiányában mind a testi, mind a mentális megbetegedések megjelenése és tartóssá válása törvényszerűen bekövetkezik. Az eredmények szerint egészséget veszélyeztető kockázati tényezők összekapcsolódva, egymást erősítő módon jelennek meg a romák körében, kialakítva és fenntartva az egészségtelen életmódot. A rizikófaktorok közül a dohányzás, a táplálkozási problémák, a prevenciósszerű tevékenységek hiánya egyértelmű tényezőnek bizonyult. A halandósági ráta kétszer akkora a romákra vonatkoztatva, mint a nem roma lakosság körében, az idő előtti halálozás magas. A leggyakoribb halálokok a szív és érrendszeri, valamint a májbetegségek; a nőknél gyakori a cerebrovasularis betegség miatti halálozás, a férfiaknál a légcső, hörgők, tüdő rosszindulatú daganata következtében történő morbiditás.

A kutatás célja

Kutatásunk célja volt, hogy felmérje a magyarok és cigányok ismereteit a stroke betegségről, vizsgálja és összehasonlítsa betegséghez való viszonyulásukat, valamint annak összefüggéseit szociális és anyagi helyzetükkel, és iskolai végzettségükkel.

Anyag és módszer

Vizsgálatunk során kérdőíves lekérdezést végeztünk, mely során mintánkat nem valószínűségi módszerrel, lehetőségfüggő, arányos felosztású technikával választottuk ki. A felmérésbe összesen 95 főt vontunk be, akik közül 50 fő a többségi társadalom tagja, akiket az egyszerűség miatt magyaroknak fogunk hívni a továbbiakban, és 45 fő cigány etnikai csoportba tartozó magyar. A mintából kizárásra került korábban stroke-on átesett beteg, valamint mentális állapota miatt nem kikérdezhető illetve gondnokság alatt lévő egyén. A cigány kö-

zösség tagjai között 50 kérdőív került kiosztásra a Kalocsa Város Önkormányzata Szociális Alapszolgáltatási és Szakellátási Központjának Családsegítő Szolgálatára kérdőív érkezett vissza. 4 értékelhető kérdőívet a magyar többségi társadalom tagjai töltöttek ki. További adatgyűjtést ugyanazon kérdőív internetes megosztásával végeztünk, ezáltal 46 magyar és 3 cigány alany személyt bevonva. Nemek tekintetében 68 nő és 27 férfi vett részt a vizsgálatban.

Az eredmények elemzése leíró és matematikai statisztikai módszerekkel történt. Az összefüggéseket Khí-négyzet próbával vizsgáltuk, és akkor tekintettük szignifikánsnak, amennyiben az 0,05 alatti értéket mutatott.

Eredmények

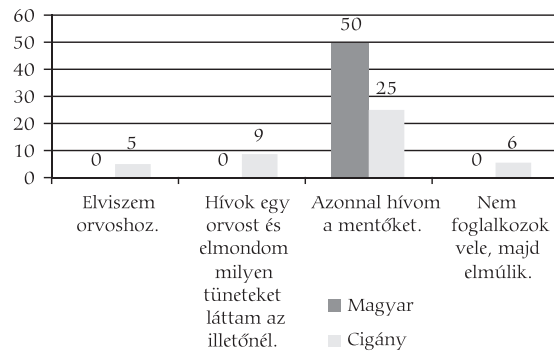
Az adatgyűjtés során felmértük a megkérdezettek stroke-kal kapcsolatos általános ismereteinek szintjét. Ennek során megkérdeztük, hogy a válaszadók milyen jellegű betegségnek tartják a stroke-ot. A magyarok 98%-a és a cigányok 75%-a tudta, hogy a stroke az agyi érkatasztrófa, agyvérzés vagy laikusok között használva szélütés. A magyarok 2%-a és a cigányok 17%-a szerint szívbetegség volt a jó válasz. Továbbá a cigányok 4%-a anyagcsere betegségnek, 2%-a emésztőrendszeri betegségnek gondolta a stroke-ot.

A stroke-kal kapcsolatos tudás lényeges elemének gondoltuk a betegség tüneteinek ismeretét. A megkérdezetteknek különféle válaszlehetőségek közül kellett megjelölni a szerintük helyes választ. Az eredmények alapján a magyarok 100%-a, és a cigány válaszadók 77%-a rendelkezett pontos ismeretekkel a stroke legjellemzőbb tüneteivel kapcsolatban.

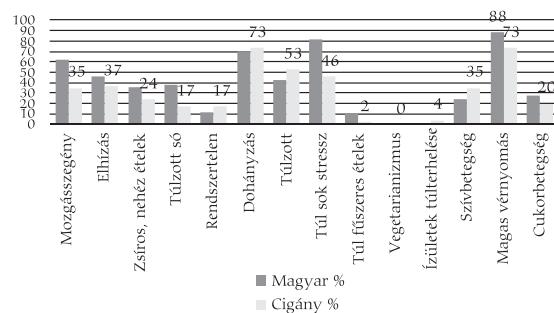
Az ismeretek alkalmazásának mértékét mértük azzal a kérdésünkkel, hogy a megkérdezettek mit tennének, ha a stroke tüneteit észlelnék valakinél. (1. ábra)

Az agyérbetegségekkel kapcsolatos ismeretek hasonlóan lényeges eleme a betegség rizikófaktorainak ismerete. Ennek vizsgálatára különféle kockázati tényezőket soroltunk fel, melyek közül a válaszadók megje-

1. ábra: Mit tenne, ha stroke-gyanús egyént látna? (N=95)



2. ábra: A minta ismerete a stroke rizikótényezőiről (N=95, több válasz jelölhető)



lölhették, hogy véleményük szerint melyik vezet agyi érkatasztrófához. (2. ábra)

Az eredmények közül kiemelhető, hogy a magyar válaszadók közül a legtöbben a magas vérnyomást (88%), túl sok stresszt (82%), dohányzást (70%) és a mozgásszegény életmódot (62%) jelölték meg rizikófaktorokként, valamint 42%-uk szerint a túlzott alkoholfogyasztás is növeli a stroke kialakulásának valószínűségét. A cigány alanyok 73%-a magas vérnyomást és a dohányzást, 53%-a a túlzott alkoholfogyasztást és 46%-a a túl sok stresszt jelölte legfőbb kockázati tényezőként. Kevesebb, mint 50%-os arányban szerepelt mindkét csoportnál az elhízás, szívbetegek, zsíros, nehéz ételek túlzott fogyasztása, túlzott só és cukorfogyasztás, cukorbetegség és rendszertelen étkezés.

Kutatásunk egyik fő célja volt a megkérdezettek betegséghez való viszonyulásának felmérése. Ennek során mértük az alanyok viselkedését komolyabb betegség esetén, valamint az orvoshoz forduláshoz és az alkalmazott terápiához való viszonyukat saját

II. táblázat: Az alábbi megállapítások közül melyik jellemezné Önt legjobban súlyos betegség esetén? (fő)

Válaszlehetőségek	Magyar	Cigány
Nekem teljesen mindegy, úgyse számít.	1	2
Nincs semmi bajom, csak a családom unszolása miatt fordulok egészségügyi szakemberhez.	2	6
Nincs akkora bajom csak átmeneti, nem kell olyan szigorúan venni a terápiát.	6	9
Fölkeresem a házi orvosomat, és az általa kijelölt terápiát betartom.	41	26
Én biztosan beteg vagyok, de nem akar hinni nekem senki.	0	2

megítélésük alapján, majd tartalmi elemzés alkalmazásával a válaszokat adekvát, averzív és adiens betegséghez való viszonyulás kategóriákba soroltuk. (II. táblázat)

Az elemzés során adekvátnak jelöltük azt a válaszadót, aki mind két kérdésnél a házi orvosát keresné fel és betartaná az általa kijelölt terápiát. Adiens viszonyulásúnak azokat jelöltük, akik felkeresnék a házi orvosukat és emellett a másik válaszuk, „Én biztosan beteg vagyok, de nem akar nekem hinni senki”. Az averzív viszonyuláshoz pedig azok tartoztak, akik a többi válaszlehetőséget jelölték meg, vagy nem olyan sorrendben, hogy a másik két kategóriába lehessen sorolni az alanyokat. Az alanyok közül 61 főnek averzív, 34 főnek adekvát a betegséghez való viszonyulása, míg adiens viszonyulást nem találtunk. Az eredmények szerint mind a magyar, mind a cigány mintában több az averzív viszonyulású alany, mint az adekvát.

A betegséghez való viszonyulás háttér-tényezői közül az iskolai végzettséget, az anyagi helyzetet és a foglalkoztatott státusz potenciális hatását vizsgáltuk. Az elemzés során a kapott válaszokat kategorikus változóként azonosítottuk. Az iskolai végzettség kategóriáiként alap-, közép- és felsőfokú végzettséget határoztunk meg. A foglalkoztatottság vizsgálata során alkalmazott csoportjaink a munkanélküliek (1), alkalmi munkavállalók, közmunkások és segítő családtagok (2), alkalmazottak, társas vállalkozó dolgozó tagjai és a tanulók (3) voltak. Az

anyagi helyzet mérésére a rendszeres havi bevételt vizsgáltuk az alábbi kategóriákban: kevesebb, mint 50 000 Ft (1); 50001-100000 Ft között (2); 100001-200000 Ft között (3); 200001-300000 Ft között (4); több mint 300000 Ft (5). Az elemzés segítségével azt vizsgáltuk, hogy a magyarok és cigányok között van-e szignifikáns különbség az adott változó terén averzív és adekvát betegséghez való viszonyulásban, illetve azt, hogy az adekvát és averzív viszonyulásnál van-e jelentős különbség az adott változók tekintetében.

Az averzív viszonyulásuként azonosított válaszadók eredményeit elemezve látható, hogy az iskolai végzettség tekintetében cigány alanyok közül a 8 általános végzettek (15 fő a cigány alanyok közül 16-19 éves, azaz érettségi vagy szakvizsga előtt vannak), magyar alanyok közül pedig a közép- és felsőfokú végzettségűek vannak többségben. Az elvégzett khí-négyzet próba szerint a cigány minta szignifikánsan alacsonyabb végzettségűnek bizonyult ($p=0,00026$)

A foglalkoztatottság vizsgálata során azt láttuk, hogy legtöbben az alkalmazott csoport tagjai fordulnak elő részmintánkban. Averzív viszonyulás esetén a cigány alanyok körében többen vannak a munkanélküliek és az alkalmi- vagy közfoglalkoztatottak, mint a magyar alanyok körében. Elemzésünk alapján a cigány almintán szignifikánsan alacsonyabb foglalkoztatottsági státusz mérhető, mint a magyar almintán ($p=0,044$).

Az averzív rész minta válaszadói közül a legtöbben kevesebb, mint 50000 Ft-ot keresnek havonta. A cigány kitöltők között ez kétszer gyakoribb, mint a magyarok között. A magyar válaszadók havi keresete mind az 5 kategóriában előfordult, míg ugyanaz a cigány almintán nem mondható el. A jövedelemkategóriák elemzése alapján az averzív viszonyulású cigány válaszadók szignifikánsan rosszabb anyagi helyzetben vannak, mint a magyar válaszadók ($p=0,022$).

Elemzésük során 12 cigány és 22 magyar kitöltőt azonosítottunk adekvát viszonyulásuként. Az adekvát betegséghez való viszonyulású rész mintánál a magyar alanyok között a felsőfokú, a cigány alanyok között a

középfokú végzettségűek voltak a többségben. Az adatfeldolgozás során ez a különbség szignifikánsnak bizonyult ($p=0,032$), azaz a cigány almintát alkotók alacsonyabb iskolai végzettségűek, mint a magyar válaszadók. A foglalkoztatottság elemzése során az alkalmazott státuszúak domináltak mindkét rész mintánál, és a minták között nem volt jelentős különbség ($p=0,341$). Az anyagi helyzet elemzése, annak ellenére, hogy a magyar rész minta néhány alcsoportjában eltérés látszik, nem mutatott szignifikáns különbséget a kitöltők között ($p=0,115$).

Megbeszélés

A stroke betegséggel kapcsolatos tudás analízise azt mutatta, hogy a magyar válaszadók körében az ismeretek és azok alkalmazása jobban közelít az optimálishoz. A megkérdezett cigányok körében az agyi érkatasztrófa jelentését, a tünetek jellegét, a betegség kockázati tényezőinek ismeretét, valamint a tünetek jelentkezése során követendő cselekvést tekintve is alacsonyabb értékeket mértünk, mint a magyar rész mintában. Az ismeretek pontatlansága, illetve hiánya potenciálisan rontja az egészségi állapotot, és komplex, egymást erősítő faktorokként jelennek meg a cigányok életében, mint arra a korábbi kutatások is rávilágítottak. (Egyenlőség, 2007)

Az egészségi állapotot befolyásoló szociodemográfiai és kulturális tényezők hatását korábban több kutatás vizsgálta. Ezek alapján kijelenthető, hogy e faktorok közül kiemelkedő szerepe van az iskolai végzettségnek, az anyagi helyzetnek, a gazdasági aktivitásnak, a lakóhelyi környezetnek, a lakásviszonyoknak és a problémákkal való megküzdési képességnek. (Antal, 2004, „Egyenlőség, 2007)

Az általunk végzett kutatás a betegséghez való viszonyulás és az iskolai végzettség, a foglalkoztatottság és az anyagi helyzet összefüggéseit vizsgálta. Eredményeink arra engednek következtetni, hogy az elkerülő betegségmagatartás fenntartásában jelentős szerepe van mindhárom vizsgált tényezőnek, amely különösen hangsúlyos a cigányok válaszadók körében. Körükben mind

az iskolai végzettség, mind a foglalkoztatottsági státusz, mind az anyagi helyzet szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a hasonló viszonyulású magyar részmintán. Ez a különbség a foglalkoztatottsági helyzeten az anyagi viszonyok terén eltűnt, az iskolai végzettség tekintetében továbbra is fennállt, amennyiben a válaszadók betegséghez való viszonyulása adekvát volt. Ennek alapján kijelenthető, hogy a jövedelem növekedése és a magasabb foglalkoztatottsági státusz kedvezőbb betegséghez való viszonyulást eredményez. Habár az iskolázottság tekintetében a cigány válaszadók mindkét viszonyulás esetén statisztikailag jelentősen alacsonyabb végzettségűnek bizonyultak, az adekvát és averzív alcsoportjuk között közel szignifikáns volt a különbség ($p=0,085$), mely magasabb elemszám esetén valószínűleg jelentősnek bizonyult volna.

Amennyiben a nemkívánatos betegséghez való viszonyulást az alacsony iskolai végzettség és foglalkoztatottsági státusz, valamint a rosszabb anyagi helyzet fenntartja, ezek rendezése hatással lehet az egyén egészségi állapotára. Vizsgálatunk a korábbi ismereteket annyiban kiegészíti, hogy a be-

tegséghez való viszonyulást nem csupán az egészséggel/betegséggel kapcsolatos oktatás, hanem a közoktatás is befolyásolja. Ez újabb ponton erősíti meg ennek szerepét a cigányok hátrányos helyzetének leküzdésében, mely aktuális és kiemelt nemzeti cél. Hasonlóan kiemelt jelentőségű a hátrányos helyzetű csoportok foglalkoztatottságának növelése, melynek potenciális hozadékait vizsgálatunk egy újabb elemmel egészíti ki. E két összetevő rendezése az anyagi helyzet növekedésével is járhat, mely tovább potenciózza az optimális betegségmagatartás felé irányuló hatást.

Eredményeink általánosíthatóságát néhány, a vizsgálati design-ból adódó limitáció befolyásolja. Ilyen a viszonylag kis elemszámú minta, a minta kiválasztásának nem reprezentatív módszere, valamint a területi dimenzió elhagyása. Véleményünk szerint elemzésünk alapot biztosíthat további, hasonló kutatásoknak azzal, hogy néhány vizsgálatra érdemes tényezőre felhívja a figyelmet; ugyanakkor ezek a további felmérések szükségesek ahhoz, hogy jól általánosítható, következtetések levonására alkalmas eredményekhez jussunk.

Irodalomjegyzék

1. Antal, Z.L. (2004): A „kisebbségi” és a „többségi” beteg utak sajátos vonásai. in: Társadalomkutatás 2004/2-3. 22; 335-366.
2. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve stroke betegek ápolásához – az ellátás különböző területein – különös tekintettel a betegek életminőségének meghatározó tényezőire. Egészségügyi Közlöny (2002), 11. szám.
3. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a cerebrovasculáris betegségek ellátásáról. (2010) Egészségügyi Közlöny, 7. szám:1605-1666.
4. Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. <http://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Hungaro.pdf> Madrid, 2007, Kethanipe for the Roma Unity Association Letöltés: 2010.05.18.
5. Kricsfalvi, P. (1998): *Prevenció és motiváció*. Motesz Magazin 1998/4. szám
6. Helembai, K. (2010): *Általános ápoláslélektan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt. pp:50-52; 61-66.

Szövődmények és a gyógyulást befolyásoló tényezők amputatio után

KISS Bernadett Mária

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Felmérni, hogy a Siófoki Kórház-Rendelőintézet Sebészeti osztályán kezelt alsó végtagi érbetegséggel és/vagy diabeteses láb szindrómával kezelt betegek körében a primer amputatiót milyen arányban követi szövődmény, illetve újabb csonkolásos beavatkozás és milyenek a betegek gyógyulási esélyei. Feltárni továbbá, hogy milyen tényezők befolyásolják károsan a gyógyulás folyamatát (káros szenvedélyek, társbetegségek, postoperatív időszak utáni gondozás, szociális körülmények).

Vizsgálati módszerek és minta: A Siófoki Kórház-Rendelőintézet Sebészeti osztályán 2012. január és 2013. szeptember között alsó végtagi érbetegség, illetve diabeteses láb szindróma okozta amputatiót átesett betegek csoportja képezte a vizsgálati mintát. (N=100 fő) Az adatgyűjtés betegdokumentáció elemzéssel történt.

Eredmények: A minta 52%-át érintette a primer alsó végtagi amputatiót követően kialakult szövődmény. A primer amputatio postoperatív időszakát követő gondozás jellege és a reamputatio végzésének összefüggését vizsgálva statisztikailag szignifikáns összefüggésre nem derült fény. Az egyének által átélt amputatiók száma és a társbetegségekkel kapcsolatos szakorvosi kontrollon való rendszeres megjelenés összevetése során sem derült fény statisztikailag szignifikáns összefüggésre.

Következtetések: Az eredmények tükrében tett javaslatok az érintett populáció primer, sekunder és terciér prevenciója során való alkalmazhatóság szempontjából kerültek megfogalmazásra.

Kulcsszavak: amputatio, diabetes mellitus szövődményei, diabeteses láb, perifériás érbetegség

Complications and affecting factors of the healing after amputation

Bernadett Mária KISS

Summary

Aims of the study: To assess whether what complication following primary amputation and what are the chances of the proportion of patients healing who were treated with diabetic foot syndrome and/or lower extremity vascular disease at the Surgical Ward of the Hospital Siofok. Furthermore, to assess the factors that adversely affect the process of healing (addiction, other diseases, type of care after postoperative period and social conditions).

Sample and methods: Patients were amputated by reason of diabetic foot syndrome and/or lower extremity vascular disease at the Surgical Ward of the Hospital Siofok between January of 2012 and September of 2013. (N=100) The method of data collection was analysis of the patient's documentations.

Results: 52% of the sample affected by the post-primary lower limb amputation complications. There was no significant correlation between the type of care after postoperative period and conduct of reamputation. There was no significant correlation between the number of amputations experienced by the patients and the regular appearance of specialized controls.

Conclusions: The proposals were formulated based on the following criteria: using for primary, secondary, and tertiary prevention.

Keywords: amputation, diabetes complication, diabetic foot, peripheral vascular diseases

Érkezett: 2014. szeptember 2. Elfogadva: 2014. október 12.

Bevezetés

Magyarországon a végtag amputatiók száma emelkedik, jelenleg évente több mint 8000 beavatkozást végeznek. A leggyakoribb ok a térd alatti erek megbetegedése. A kritikus végtag-ischemia nagy mortalitású

és morbiditású betegség, a tünetek megjelenését követően a betegek 9%-a 3 hónapon belül meghal, 1% myocardialis infarctuson, 1% stroke-on esik át, és 12%-nál kerül sor amputatióra. A tünetek jelentkezését követő 1 évben 21%, a második évben 31,6% hal meg. (Nemes et al, 2013)

KISS Bernadett Mária diplomás ápoló, Siófoki Kórház-Rendelőintézet, Sebészeti osztály
Levelező szerző (correspondent): KISS Bernadett Mária, elérhetőség: 8658 Bábonygyer, Szent I. u. 105.,
Tel.: +36-70/628-3959, e-mail: kiss_bettike@hotmail.com

Alsóvégtag amputatióra leggyakrabban érbetegség és cukorbetegség miatt kerül sor (házánkban 80% felett). Baleset, mint kiváltó ok 14%-ban, gyulladási betegség, végtag-fejlődési rendellenesség és egyéb okok együtt kevesebb, mint 4%-ban, daganat kevesebb, mint 3%-ban. Az érbetegség miatt végzett amputatiók leggyakrabban 50-70 év közötti életkorban fordulnak elő. Az amputáció átesett betegek több mint 70%-a férfi. (Rehabilitációs Szakmai Kollégium & Ortopédiai Szakmai Kollégium, 2006)

Házánkban 2004-ben 6733 amputatio történt. Magyarországon 100000 lakosra számítva évente 65 csonkolásos beavatkozást végeznek, ebből 57 az alsó végtagokon történik. Az alsó végtag nagy amputációinak alig több mint 1/3 részét végzik térd alatt. Nyugat-európai, illetve észak-amerikai államokban 100000 lakosra évente 25-30 alsóvégtag amputatio jut. Több mint 50%-ban megtartják a térdízületet. (Nemes et al, 2009)

Elméleti háttér

Az érszűkület következményeként kialakuló keringési zavar bekövetkezhet az amputációs csonkban is. Ilyenkor az ischaemia következtében elviselhetetlen fájdalom, hűvös tapintatú csonk, lívid, halvány bőr, szöveti necrosis jelenik meg. Konzervatív kezelésként a keringési viszonyok javítása, fájdalomcsillapítás, seb kialakulásának megelőzése, a kialakult seb kezelése, óvatos terhelés és a protézis használatának átmeneti felfüggesztése alkalmazható. Érszélesítési műtétekkel bizonyos esetekben biztosítható a vérellátás. Végső megoldásként pedig az érintett végtag reamputációja jön szóba.

Mindezek következménye a beteg protézisviselési képtelensége, illetve járásképtelensége lesz. (Farkas & Sztikay, 2007)

A szövődmények kialakulásában több tényezőnek van szerepe. Fontos az alapbetegség felismerése és korszerű kezelése. Az érelváltozással, vagy cukorbetegséggel rendelkező egyének gyakran nem is tudnak betegségeikről, nem működnek együtt, vagy nem a megfelelő kezelést kapják. Az amputációs

csonkon található seb behatolási kaput jelent a fertőzés számára. Protézis használatkor a nyomáspontokon alakulnak ki neuropathiás fekélyek, diabetes esetén gyakori az erysipelas. Befolyásoló tényező még az amputatio technikája. Létrejöhet elégtelenül zárt seb bizonyos szakmai okok miatt, amikor a sebész szándékosan nem zár, illetve varratelégtelenség, vagy nem megfelelően választott fedő lebeny miatt. A seb típusának megfelelő sebkezelés, sebfedő alkalmazása is jelentőséggel bír. A protézis nem megfelelő használata mindhárom résztvevő hibája lehet: a nem jól elkészített protézis seb kialakulásához vezethet, a nem megfelelő szinten végzett amputatio lehetetlenné teheti a protézis használatát, illetve előfordulhat, hogy a beteg nem tudja, vagy nem akarja megfelelően használni a művégtagot. A nyirokødema szövődményei a fertőzések, elsősorban az erysipelas, a nyirokcsorgás és az erek kompressziója. Krónikus irritáció miatt laphámrák is kialakulhat a csonkon. Fontos tényező még a beteg szociális helyzete a sebkezelés higiéniája és a segédeszközök megléte szempontjából, hiszen a beteget otthonában kezelhető állapotban emittálják, a sebkezelést a betegre, a betanított hozzátartozóra, vagy a házi ápolásra bízva. (Sztikay et al, 2007)

Időskorú, amputáció átesett beteg esetében az alapbetegségek mellett több, rehabilitációt nehezítő tényezőt is figyelembe kell venni. Ilyen tényező az instabilitás és az incontinentia. Az instabilitás következtében előforduló esések következményei a csonktraumák, amelyek 10-15%-a re-amputációhoz vezet az ütés okozta súlyos szövetkárosodás miatt. A reamputáltak mortalitása sokkal nagyobb, mint a primer csonkolásos beavatkozásoké. Számolni kell még a cukorbetegség szemszövődményeivel, ami ugyancsak a közlekedőképességet nehezíti. A csökkent, vagy elégtelen veseműködés következtében változó csonk-körfogat művégtag-ellátási nehézséget eredményezhet. A cukorbetegség miatt csonkoltak várható élettartama nem tér el az érszűkület következtében amputáltakétól. A diabetes szövődményei jól beállított szénhidrát-anyagcserével, megfelelő fizikai aktivitással, az orvosi javaslatok betartásával és némi szerencsével

kerülhetnek el. A betegek kb. egyötöde veszíti el mindkét alsó végtagját, emellett negyed-részüknél jelenik meg az érbetegség egyéb következménye, az agyi történes vagy szív-izomelhalás. Nehezítő tényezők még az érintett populáció szociális problémái és az anyagi biztonság hiánya. (Till & Forrai, 2013)

A Somogy megye északi részén található Siófok várossá avatásával egy időben 1968-ban kezdte meg működését Siófok Város Kórház-Rendelőintézete. (Varga, 1994) A Siófoki Kórház-Rendelőintézet napjainkban 54 település 81264 lakosa mellett a turisták és idényjellegű munkavállalók egészségügyi ellátását végzi. A Sebészeti Osztály II-es progresszivitási szinten működik. A végtagokat érintő érbetegségekkel rendelkező, illetve diabeteses láb szindrómában szenvedő egyének visszatérő betegek osztályunknak, kezelésük általában hosszadalmasabb, mint egyéb sebészeti beavatkozások esetén. Osztályos tapasztalat szerint az első, kevésbé radikális szintű amputációt követően gyakran térnek vissza a betegek sebgyógyulási zavar, gyulladás, fájdalom, sepsis miatt. Az alsó végtagi csonkolásos beavatkozásának számos fizikai, pszichés, szociális és társadalmi következménye van: mozgékonyosság csökkenése, szokásos tevékenységek végzésének nehezítettsége, csökkent funkcionális kapacitás, lelki megrázkódtatás, munkából való kiesés.

A társbetegségekkel összefüggésben fennáll további morbiditási és mortalitási kockázat. Amennyiben amputáció után szövődmény alakul ki, ezek a következmények halmozódhatnak, súlyosbodhatnak. Megjelenik, illetve fokozódik a fájdalom. A szövődmény jellegétől függően szükség lehet költséges sebkezelő szerekre, illetve újabb műtéti beavatkozásra. Hosszabbodik az ápolási idő, illetve magasabb szintű amputáció esetén a munkából való végleges kiesés aktualizálódhat. A kórházban eltöltött hetek, hónapok alatt közvetlenebb kapcsolat, szoros kötődés alakul ki a személyzet és a betegek között.

Ebből adódóan vált ez a terület személyes érdeklődésem célpontjává. A felsorolt tényezők miatt fontosnak tartom az alsó végtagot érintő nem traumatológiai eredetű csonkolásos beavatkozásokon átesett egyéneket érintő

tő szövődmények gyakoriságának vizsgálatát, és a gyógyulást negatív irányba terelő tényezők felkutatását.

A vizsgálat célja

Kutatásom céljaként tűztem ki annak vizsgálatát, hogy az intézmény Sebészeti osztályán kezelt alsó végtagi érbetegséggel és/vagy diabeteses láb szindrómával kezelt egyének esetében a primer amputációt milyen arányban követi szövődmény, illetve újabb csonkolásos beavatkozás és az egyének milyen gyógyulási esélyekkel rendelkeznek. Feltárni továbbá, hogy milyen tényezők befolyásolják károsan a gyógyulás folyamatát (káros szenvedélyek, társbetegségek, postoperatív időszak utáni gondozás, szociális körülmények).

Az alábbi hipotézisek vizsgálatát tűztem ki célul:

- ⇒ Feltételezem, hogy a mintában a primer amputáció utáni szövődmények előfordulása 50% feletti.
- ⇒ Feltételezem, hogy a minta azon tagjainak körében, akik a primer amputáció postoperatív időszakát követően otthonukba távoznak, gyakrabban fordul elő reamputáció, mint azok körében, akik intézményi gondozásban részesülnek.
- ⇒ Feltételezem, hogy a mintában szereplő azon egyének közül, akik esetében egynél több amputáció történt, a többség nem jár rendszeresen – a társbetegségekkel kapcsolatos – szakorvosi kontrollra.

Anyag és módszer

A mintavétel módja nem valószínűségi, szakértői mintavétel. A mintába történő beválasztás a Siófoki Kórház-Rendelőintézet Sebészeti osztályán 2012. január és 2013. szeptember között alsó végtagi érbetegség, illetve diabeteses láb szindróma okozta amputáció átesett betegek köréből történt. A vizsgált időszakban 100 fő beteg esetében került sor amputatióra. Így a mintát ezen betegek csoportja jelentette. Az adatok gyűjtését dokumentációelemzéssel, az elérhető adatok felhasználásával végeztem. Az adat-

gyűjtés a betegek személyes adatainak felhasználása nélkül a Medsolution informatikai rendszer által tárolt elektronikus betegdokumentációból saját szerkesztésű kérdőív alapján történt.

A statisztikai elemzéshez SPSS Statistics 22.0 szoftvert használtam. Statisztikai módszerként egyváltozós elemzést és keresztábra-elemzést alkalmaztam. Khi-négyzet próbát végeztem annak érdekében, hogy a változók kapcsolatának erősségét felmérjem. A számításnál $P \leq 0,05$ szignifikancia szintet vettem figyelembe.

Eredmények

A minta jellemzői

A minta 84%-a az 51-80 éves korosztályhoz tartozik. A vizsgált populáció 77%-a férfi, 58%-a él házasságban vagy élettársi kapcsolatban és 59% faluban lakik.

A minta dohány, alkohol, illetve kávéfogyasztási szokásait az **I. táblázat** szemlélteti. A vizsgált személyek közül 66 szenved diabetes mellitusban, ebből 88% kezelt gyógyszeresen, 11% tart diétát és 28% jár rendszeresen diabetológiai kontrollra. 89 fő rendelkezik szív és érrendszeri megbetegedéssel, ebből 86% szed rendszeresen gyógyszert a betegség kezelésére és 14% jár rendszeresen szakorvosi kontrollra.

I. táblázat: A minta összetétele az egyénekre jellemző káros szenvedély alapján (N=100)

Káros szenvedélyek	Igen	Nem
Dohányzás	49%	51%
Alkohol	35%	65%
Koffein	51%	49%

A primer amputatio és összefüggései

A vizsgált személyek több mint fele (55%) egyszer esett át alsó végtagot érintő amputációra. A minta 94%-án háromszor, vagy annál kevesebbszer végeztek ilyen műtétet. 1%-ban fordult elő kimagasló eredmény, ami 9 operációt jelent. A primer amputációra a minta egyharmadában (33%)

51 és 60 év között került sor. Alig kevesebb az arány a 61-70 éves korosztályban (29%). 3%-ban 40 évesen, vagy az előtt fordult elő az első csonkolásos műtét. A leggyakrabban választott primer amputatio a lábujj szintjében végzett csonkolás (60%). Figyelemre méltó eredmény, hogy 35%-ban már a primer operációnál comb szintű amputatio jelentett megoldást.

A dohányzás és a primer amputatio idején betöltött életkor között szignifikáns összefüggés mutatkozott. ($P \leq 0,012$) A dohányosok legnagyobb része 51 és 60 év között esik át a primer amputációra. A nem dohányosok körében a primer amputatio a legtöbb esetben a 71 és 80 év között történik.

A cukorbetegség és a primer amputatio szintje között szignifikáns összefüggésre derült fény. ($P \leq 0,017$) Primeren lábujj magasságban amputált személyek körében több mint háromszor annyi a cukorbeteg (46 fő), mint a nem cukorbeteg (14 fő). Comb szintű primer amputatio esetében csaknem meg egyezik a diabeteses (17 fő) és nem diabeteses populáció aránya (18 fő).

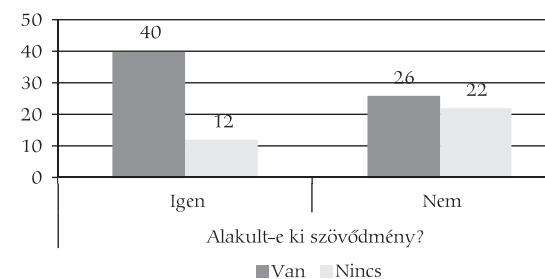
A primer amputációt követő szövődés és összefüggései

A primer amputatio után valamivel több, mint az esetek felében (52%) alakult ki szövődés. Ebből 3%-ban érte trauma a csonkolt végtagot. Tehát az első hipotézis – mely szerint a mintában a primer amputáció utáni szövődések előfordulása 50% feletti – igazoltnak tekinthető.

Az első alsó végtagi csonkoló műtét után kialakuló szövődés és a lakóhely között szignifikáns összefüggés mutatkozott. ($P \leq 0,030$) A szövődés által érintett csoportban több a faluban élő (36 fő). A városban élők csoportjában kisebb a szövődésben érintettek aránya (16 fő), mint azoké, akiket nem érint szövődés (25 fő). A szövődésben érintett csoportban nagyobb a cukorbeteg egyének aránya, mint a szövődésben nem érintett csoportban. Az összefüggés szignifikánsnak bizonyult. ($P \leq 0,016$) (**1. ábra**)

A primer műtét utáni szövődés és az amputatio szintje között szignifikáns összefüggésre derült fény. ($P \leq 0,002$) A szövődésben érintett populáció nagy része

1. ábra: A primer amputatio után kialakult szövődés és a cukorbetegség összefüggése (N=100)



(67%-a) lábujj szintű műtétet esett át, míg a szövődésben nem érintettek legnagyobb része (71%-a) comb amputációra.

A primer operáció után 34%-ban végeztek reamputációt a kialakult szövődések következtében. A reamputatio és a lakóhely között szignifikáns összefüggés mutatkozott. ($P \leq 0,034$) A primer csonkolás után szövődés miatt végzett reamputációban érintett személyek között nagyobb arányban fordul elő faluban élő (74%).

A reamputatio és a primer műtét szintje között statisztikailag szignifikáns összefüggésre derült fény. ($P \leq 0,002$) Lábujj szintű amputatio után az esetek csaknem felében (47%) volt szükség reoperációra. Comb szintű műtét után ez az arány jóval kisebb (11%).

A második hipotézissel azt feltételeztem, hogy a minta azon tagjainak körében, akik a primer amputatio postoperatív időszakát követően otthonukba távoznak, gyakrabban fordul elő reamputatio, mint azok körében, akik intézményi gondozásban részesülnek. A reamputációs arány hasonlóan alakul mindkét esetben. (**II. táblázat**) Statisztikai próba elvégzésével a változók között nem igazolódott szignifikáns összefüggés. ($P \leq 0,188$)

A minta 45%-ánál szükséges volt második amputatio elvégzése primer csonkolás utáni szövődés, később kiújuló lábfolyamat, vagy a másik végtag érintettsége miatt. Második esetben a leggyakrabban választott műtét magasság a comb szintű amputatio (az érintettek 40%-a).

Az amputációt követő gondozás és összefüggései

Az amputatio után az egyének a sebészeti osztályon töltik a postoperatív időszakot.

II. táblázat A reamputatio és a primer amputatio utáni gondozás helyszínének kapcsolata (N=100)

Otthoni gondozás	Végeztek reamputációt	20 (32,8%)	61 (100%)
	Nem végeztek reamputációt	41 (67,2%)	
Intézményi gondozás	Végeztek reamputációt	14 (35,9%)	39 (100%)
	Nem végeztek reamputációt	25 (64,1%)	

Amennyiben az általános állapotuk és a sebgyógyulása megfelelő, általában otthonukba távoznak, ahonnan az orvos által meghatározott időközönként a sebészeti szakrendelésre járnak vissza kontrollra. Lehetőség van az ország rehabilitációs intézeteiben utókezelést igénybe venni, amelyre az eredmények tükrében ritka esetben kerül sor. Ha a beteg sebészeti osztályos ellátásra nem szorul, azonban általános állapota, vagy szociális körülményei úgy indokolják, intézményünk Krónikus ápolási osztályára kerülhet, vagy megszervezik szociális otthonban való elhelyezését. A beteg előrehaladott, septicus állapota, társbetegségeinek kezeletlen volta indokolhat belgyógyászati, illetve intenzív osztályos kezelést is. (**III. táblázat**)

III. táblázat: A primer amputatio utáni gondozás helyszíne (N=100)

A primer amputáció postoperatív időszakának letelte után hol kezelték/gondozták?	
Kórházban, sebészeti osztályon	21
Kórházban, krónikus osztályon	5
Rehabilitációs osztályon, intézményben	3
Otthon	61
Szociális intézményben	4
Egyéb kórházi osztályon (belgyógyászat, intenzív)	6
Összesen	100

Az amputációk számát összevettem a cukorbetegséggel ($P \leq 0,768$) és a szív- és érrendszeri betegséggel ($P \leq 0,353$) kapcsolatos szakorvosi kontrollon való rendszeres megjelenéssel is. Szignifikáns összefüggésre egyik esetben sem derült fény. Tehát a harmadik hipotézis nem igazolódott.

A zárójelentésből, illetve a későbbi sebészeti szakrendelésen vezetett ún. ambuláns lapról gyűjtöttem adatokat arra vonatkozóan, hogy az egyéneket a későbbi otthoni tar-

tózkodás esetén ki segítette a sebgyógyozásban. A minta 40%-a visszajárt az orvos által előírt kontrollokra, alig kevesebben vannak azok, akik nem otthonukban tartózkodtak, hanem kórházban, vagy rehabilitációs illetve szociális intézményben (39%). Az otthon tartózkodók 14%-át hozzátartozójuk, vagy más laikus személy segítette. Nem vett igénybe semmilyen segítséget a populáció 4%-a. Otthonápolási szolgálat csak a vizsgált személyek 2%-át gondozta.

A vizsgált személyek jelen állapota az adatgyűjtés idején az elektronikus betegdokumentációban rögzített utolsó információ alapján került meghatározásra. A minta egyharmada meggyógyult az utolsó műtét után. Ebbe a kategóriába soroltam, akit a sebész a sebészeti szakrendelésen történő kontroll vizsgálaton vezetett ambuláns kezelőn gyógyultnak írt le, illetve a csonkot protézis viselésére alkalmasnak nyilvánította. A minta 26%-a elhunyt az amputációt követően. Nem ismert azoknak a személyeknek az állapota, akik az intézményből való távozás után nem jelentek meg kontroll vizsgálaton, illetve más problémával sem jelentkeztek a kórházban (17%). Bizonyos esetekben az amputáció után kialakult szövődményeket konzervatív módon kezelik, ők képezik a minta 14%-át. 7%-ban az egyik végtag amputációja, illetve gyógyulása után a másik végtagon is megjelentek a diabetes láb és/vagy perifériás érbetegség okozta elváltozások. A minta 3%-a az adatgyűjtés idején esett át csonkolásos beavatkozáson, és a sebészeti osztályon tölti a postoperatív ápolási időt.

Megbeszélés

A minta legnagyobb része, 34%-a 61-70 éves korcsoportba tartozik. 77%-ban képviselteti magát a férfi nem. Egy, az Amerikai Egyesült Államokban készült 20 éves kutatás eredményeként azt kapták, hogy a vizsgált időszakra folyamatosan jellemző volt, hogy a 75 év felettiénél nagyobb a nem traumás eredetű amputációk száma, mint a fiatalabb korosztályban, illetve gyakoribb a férfiak, mint a nők körében. (Li et al, 2012)

A minta 66%-a cukorbeteg, tehát a vizs-

gált időszakban amputáltak 66%-a cukorbeteg. Az arány hasonlóan alakul egy 2000-ben megjelent cikk által közölt adathoz, amely szerint a nem traumás eredetű végtag amputációk 60-70%-a diabetes okozta elváltozás miatt történik. (Apelqvist et al, 2000)

A minta 49%-a dohányzik. Egy magyar tanulmány szerint a dohányzók esetében a perifériás verőérbetegség kialakulásának kockázata 2-6-szoros a nem dohányzókhoz képest. Claudicatio intermittens 3-7-szer nagyobb eséllyel alakul ki dohányos embernél, mint nem dohányzóknál. Az általam vizsgált minta 89% szenved szív- és érrendszeri megbetegedésben. A hazai cikk a hipertóniát és a vele gyakran társuló dyslipidaemiát is kockázati tényezőként említi a perifériás verőérbetegség kialakulásában. A hipertónia 2,5-4-szeresére növeli az említett kórkép kialakulásának esélyét, illetve az összkoleszterin szint 1 mmol/l-rel történő emelkedése 20-40%-kal emeli a kockázatot. (Járai, 2009)

A mintában a primer amputatio szintje a következőképpen alakult: 60% lábujj, 3% előláb, 2% lábszár, 35% comb. 52%-ban alakult ki szövődmény, 26%-ban az érintett személy elhunyt. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben 1 éves periódus alatt 285 alsó végtag amputatio történt. Az amputációk szintje a következő volt: 22,5% lábujj, láb, boka, 55% lábszár, 20% comb és 2,5% csípő exarticulatio. Szövődmény 10-15%-ban alakult ki, a mortalitás 2,4%. (Szabó, 2012)

Az általam vizsgált személyek csonkolt végtagját 3%-ban érte trauma. Egy 2008-as hazai kutatásban a felmérésben szereplő 208 amputált beteg 7,7%-át érintette csonktrauma. (Till & Lippai, 2008)

A primer amputációt követően 34%-ban volt szükség reamputatio végzésére. Egy 2012-ben a Diabetic Foot & Ankle által közölt tanulmányban vizsgált 435 amputatio 19,8%-át érintette reamputatio. (Borkosky & Roukis, 2012)

Következtetések

A vizsgálat során kapott eredmények által sikerült rávilágítani, hogy az osztályunkon alsó végtagi érbetegséggel és/vagy diabete-

ses láb szindrómával kezelt egyének esetében a primer amputációt az adott időszakban milyen arányban követte szövődmény, illetve újabb csonkolásos beavatkozás és az egyének milyen arányban gyógyultak meg. Fény derült továbbá arra, hogy egyes tényezők (káros szenvedélyek, társbetegségek, postoperatív időszak utáni gondozás, szociális és demográfiai jellemzők) befolyásolták-e statisztikailag kimutatható módon a gyógyulás folyamatát.

A dohányosok legnagyobb része 51 és 60 év között esik át a primer amputációra. A nem dohányosok körében a primer amputatio a legtöbb esetben a 71 és 80 év között történik. A mintában tehát a dohányos személyek akár 20 évvel korábban áteshettek a primer amputációra, szemben a nem dohányzókkal.

A primer amputációt követő szövődmény és a reamputatio végzése is nagyobb arányban érintette a faluban élő személyeket. Feltételezhető, hogy a faluban élők nehezebben jutnak egészségügyi ellátáshoz a távolság, közlekedési lehetőségek hiányosságai miatt. A műtét utáni gondozás megvalósulása is akadályokba ütközhet.

A szövődményben érintett csoportban nagyobb a cukorbeteg egyének aránya (40%), mint a szövődményben nem érintett csoportban (26%). Tehát a cukorbetegéknél nagyobb eséllyel alakult ki sebgyógyulási szövődmény.

A minta 61%-a a postoperatív időszak után otthonába távozott. 40% a sebészeti szakrendelésre járt rendszeresen sebgyógyozásra. 14%-ban hozzátartozó, vagy egyéb laikus segített a sebgyógyozásban. Otthonápolási szolgálat segítségét csak 2% vette igénybe. Feltételezhető, hogy az emberek kevés információval rendelkeznek az otthonápolási szolgálatokról.

Az egyének által átélt amputációk száma és a társbetegségekkel kapcsolatos szakorvosi kontrollon való rendszeres részvétel között sem igazolódott statisztikailag szignifikáns kapcsolat. Azonban figyelemreméltó, hogy a cukorbeteg 72%-a, és a szív- és érrendszeri betegséggel rendelkezők 86%-a nem jár rendszeresen szakorvosi kontrollra. Feltételezhető, hogy aki kontrollra nem jár, az a gyógyszeres kezelésre, diétára, rendszeres vizsgálatokra, bőrápolásra sem ügyel

kellő gondossággal. Így a krónikus lábsebek kialakulásának, a már kialakult elváltozások rosszabbodásának és a műtéti területek felülfertőződésének, szövődmény kialakulásának kockázata növekszik. Reamputatio végzésére a minta 34%-ában került sor. A fennmaradó 18% (a szövődmény aránya 52%) esetében hosszadalmas, költséges konzervatív kezelés jelenthet állapotjavulást, illetve megoldást. Erre az időszakra az egyén a munkából kiesik, társadalmi és magánéleti szerepeinek eleget tenni nem, vagy csak részben képes.

Javaslatok

Az kutatási eredmények tükrében a következő intézkedéseket, javaslatokat fogalmazom meg: Megelőző célú tájékoztatás, oktatás elsősorban az alapellátás szintjén a leginkább érintett populációban (40 év feletti népesség, férfiak, cukorbeteg, szív- és érrendszeri betegek) a következő témákban: dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás kockázata, szakorvosi kontrollon való rendszeres megjelenés fontossága, előírt gyógyszerek szedése és rendszeres felülvizsgálata, előírt diéta tartása, lábhygiéne technikája, fontossága. Tájékoztatás és szűrés a diabetes és/vagy perifériás érbetegség okozta lábelváltozással rendelkező populációban a szakellátás (járó- és fekvőbeteg) szintjén a korábban felsorolt témákban, valamint a szakszerű kötéscsere, pólya, segédeszközök, protézisek használatának megtanítása az érintett személynek, illetve hozzátartozónak. Az ismeretek felfrissítése a kontrollon alkalmával. Az érintett populáció ápolásában, gondozásában, rehabilitációjában résztvevő szakemberek rendszeres továbbképzése a naprakész tudás, szakszerű ismeretek birtoklása céljából. A szakemberek együttműködésének kialakítása, fenntartása, erősítése a hatékony gyógyító, ápoló munka elérése érdekében. További felmérések végzése a falvakban élő populáció körében az egészségügyi ellátás elérhetőségének, minőségének és a lakosság egészségi állapotának, egészségmagatartásának feltérképezése céljából. Célzott intézkedések megtervezése az ellátottságuk javítása, lehetőségeik növelése érdekében.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Raskovicsné Dr. Csernus Mariannak, aki számos hasznos tanácsával támogatta a kutatásomat. Szeretném megköszönni Dr. Nagy Gábor-

nak a Siófoki Kórház-Rendelőintézet orvosigazgatójának, hogy engedélyezte a kutatás intézményünkben történő elvégzését. Végül, de nem utolsón sorban hálával tartozom a családomnak, akik a kutatásom során támogattak, és munkámhoz nyugalmat biztosítottak.

Irodalomjegyzék

1. Apelqvist, J., Bakker, K., Van Houtum, W. H., Nabuurs-Franssen, M. H., Schaper, N. C. (2000). International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 16(1), 84-92.
2. Borkosky, S. L., Roukis, T. S. (2012). Incidence of re-amputation following partial first ray amputation associated with diabetes mellitus and peripheral sensory neuropathy: a systematic review. *Diabetic Foot & Ankle*, 3. doi:10.3402/dfa.v3i0.12169
3. Farkas, P., Szitkay, S. (2007). Az amputációs csont szövődésményei érbetegségben. *Sebkezelés-sebgyógyulás*, 10(4), 8-13.
4. Járai, Z. (2009). A perifériás verőérbetegség. *Orvostovábbképző Szemle, Különszám*, 55-63.
5. Li, Y., Burrows, N. R., Gregg, E. W., Albright, A., Geiss, L. S. (2012). Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: U.S., 1988-2008. *Diabetes Care*, 35(2), 273-277.
6. Nemes, A., Csiba, L., Ballagi, F., Acsády, Gy., Landi, A. (2009). *Angiológiai Útmutató: Klinikai irányelvek kézikönyve*. Budapest: Medition Kiadó.
7. Nemes, B., Ruzsa, Z., Hüttl, K. (2013). Intervenció lehetőségek diabeteses láb szindrómában. *Rehabilitáció*, 23(1-2), 57-63.
8. Rehabilitációs Szakmai Kollégium, Ortopédiai Szakmai Kollégium. (2006). *Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja: Alsóvégtag amputációk és az amputáltak rehabilitációja*. Budapest: Rehabilitációs Szakmai Kollégium, Ortopédiai Szakmai Kollégium.
9. Szabó, É. (2012). Alsóvégtag-amputáció utáni csontfájdalmak radiológiai vizsgálata. *Rehabilitáció*, 22(1), 16-20.
10. Szitkay, S., Daróczy, J., Farkas, P. (2007). Amputációs csont nem gyógyuló sebei. *Sebkezelés-sebgyógyulás*, 10(4), 14-17.
11. Till, A., Forrai, G. (2013). Diabetes és major amputáció. *Rehabilitáció*, 23(1-2), 48-50.
12. Varga, F. (1994). Egy intézmény története: 25 éves a Siófoki Kórház. *Kórház*, 1(1), 25-30.

FELHÍVÁS

Egészségügyi Szakdolgozók Első Alapellátási Konferenciája

címmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara és a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ **2015. május 22-23-án, Szegeden** első alkalommal, hagyományteremtő céllal szervez tudományos konferenciát az alapellátás területén alkalmazott egészségügyi szakdolgozók számára.

Absztrakt beküldési határidő: 2014. december 20.

A jelentkezés részleteiről szóló információk miatt kérjük, kövesse figyelemmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara honlapján (www.meszk.hu) az Eseménynaptárt.

Szervezők

Sérült gyermek a családban

MÓRICZ Lászlóné

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Egy fogyatékos gyermek érkezése a családba nem tartozik igazán a legörömtelibb események közé. Megváltozik, átalakul a család élete, különböző akadályokkal, problémákkal találják szembe magukat. A fogyatékos gyermeket nevelő szülők hátrányos helyzetbe kerülnek anyagilag, társadalmilag. Folyamatosan szembesülnek strukturális, rendszerszintű problémákkal, az esetleges kirekesztettséggel. A szerző ezeket a rendszerszintű problémákat vizsgálja.

Vizsgálati módszer és minta: Az esettanulmány egy Mucopolysaccharidosisban szenvedő leányról, és családjáról készült. A leíró jellegű esetfeldolgozás megfigyelésen, adatfeldolgozáson, és az édesanyával történt elbeszélgetésen alapul.

Eredmények: E konkrét eset arra jó, hogy elemzésével bemutathatók azok a strukturális, rendszerszintű problémák, amelyek nagyrészt látensek, vagy nem kapnak kellő hangsúlyt, hiszen többnyire csak az érintett szülők szembesülnek velük, ezáltal megoldatlanok maradnak. Az érintett családok esetében azonban nagyfokú változásokat okoznak, mely kihat a család további életére.

Következtetések: A problémára megoldás lehet az oktatás szakosítása, a védőnői körzetek területi felülvizsgálata, a segítők kiégésének a megelőzése, megfelelő tréningekkel, illetve azon problémák esetében, ahol csak egy megoldás létezne, akkor az idevágó törvény módosításával.

Kulcsszavak: fogyatékos, hátrányos helyzet, kirekesztettség, Mucopolysaccharidosis

Disabled children in the family

Lászlóné MÓRICZ

Summary

Aim of the study: The arrival of a disabled child at the family is not a happy event at all. The whole life of the family would change and they must face lots of difficulties and impediments. Parents of disabled children become underprivileged financially and socially. They must continuously deal with the structural problems of the social system and the probability of out casting process which are the objects of this study.

Sample and methods: Present case study is about a girl suffering from Mucopolysaccharidosis disease and her family. This descriptive study is based on observations, data collecting and analyzing and interviews with the mother.

Results: This case is a perfect example to show the structural problems of the social system, which can be latent or not having received the necessary emphasis as most of the time only the parents concerned can see them so they remain unsolved. At the same time it causes great permanent changes having considerable effects on the life of the family.

Conclusions: Solutions to the above mentioned problem can be the specialization of the education, the inspection of the nursing districts' boundaries, the prevention of burning out syndrome of the helpers with proper trainings or if necessary, where there would be only one possible solution, the modification of the legislation.

Keywords: disability, disadvantage, exclusion, Mucopolysaccharidosis

Érkezett: 2014. szeptember 2. Elfogadva: 2014. október 16.

Bevezetés

A téma aktualitását vizsgálva Buda Béla szavait kölcsönözve idézem „Talán az egész civilizációnk sem akar szembenézni a keserű ténnyel, hogy az egészség illúzióját fel kell adnunk, a modern társadalomban a teljes részvétel képessége csak időleges, ez alatt

az emberek jelentős része környezeti vagy saját életvezetése által kiváltott ártalmak következtében krónikus beteg lesz, fogyatékos vagy rokkanttá válik”. (Buda, 1990)

A fogyatékos emberek iránti elfogadás, befogadás vagy éppen csak érdeklődés és figyelem csak akkor emelhető a társadalmi érdeklődés középpontjába, ha az emberek

MÓRICZ Lászlóné MSc ápoló, Topház Speciális Otthon Göd
Levelező szerző (correspondent): MÓRICZ Lászlóné, elérhetőség: Topház Speciális Otthon,
2132 Göd, Munkácsy M. u. 2. Tel: +36/27-532-275

egyre nagyobb része látja be, hogy ő maga személyesen is érintetté válhat. Nem csupán úgy véli, hogy vannak olyanok, akik nem voltak „szerencsések” és úgy mond „nyomórékká” váltak. Teljesen érthető, hogy egy öregedő társadalomban, márpedig hazánk különösen az, az emberek egyre nagyobb hányada válik fogyatékosná, és tudjuk, hogy a fogyatékosok túlnyomó hányada az aktív kor végén alakulnak ki. Ez egyrészt azért fontos, mert az OECD véleménye szerint a jelenlegi (foglalkoztatási, társadalmi) tendenciák változatlanlansága mellett az aktív, idősebb munkavállalók (50–64 évesek) arányát a mostani 38%-ról meg kellene duplázni (pontosabban: 70%-ra emelni) a társadalmi rendszerek fenntarthatósága érdekében a következő néhány évtizedben. Ennek átgondolása azért is sürgető, mert az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) országaiban a GDP növekedés/ fő/év 2000 és 2030 között csupán 1,7% lesz. Ez a 1970 és 2000 közötti mért átlagos növekedésnek csak közel a 30 %-a. (http://www.polgariszemle.hu/?view=v_article&ID=207;2014.07.21,9,30)

A WHO (World Health Organization) felmérése szerint világszerte a gyermekpopuláció 10–20 százaléka él különféle fogyatékosokkal. Magyarországon a KSH adatai szerint közel 457 ezer fogyatékos ember él, ami a teljes népesség 4,6 százaléka. (<http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak>)

A Kézefogva Alapítvány 2003-as felmérése szerint közülük 12 ezren súlyosan, halmozottan fogyatékosak, akiknek harmada – azaz négyezren – 18 év alattiak. (<http://kezemfogva.blog.hu/page/2>) A statisztikai adatok alapján évente nagyjából 200 súlyosan, halmozottan fogyatékos gyermek születik hazánkban. Ez körülbelül ugyanannyi családot jelent, hiszen szerencsére igen ritka, hogy egy családban több fogyatékos gyermek szülessen. Természetesen nem csak nagy általánosságban mérték fel a helyzetet, hanem a különbözőfajta fogyatékosokra lebontva is. Eszerint pedig a következőképpen alakult a kép 2011-ben Magyarországon: mozgássérültek: 43,6%, látássérültek 14,4%, értelmi fogyatékosok 9,3%, nagyothallóké 7,7%, siketek 1,5%, beszédhibások 1,3%, és egyéb sérült vagy halmozottan hátrányos

helyzetűek 21,6%. (<http://kezemfogva.blog.hu/page/2>)

Elméleti háttér

De mit is jelent az a szó, hogy fogyatékos-ság? Fogalmi meghatározását két különböző szemszögből közelíthetjük meg. Az egyik megközelítési mód orvosi szemszögből: (elterjedtebb, és az egyénből indul ki) valamely testi vagy mentális képesség károsodása, amellyel mások egy elfogadott norma szerinti mértékben rendelkeznek. A másik megközelítési mód a szociális megközelítésből, a társadalmi közösségből indul ki, a képesség károsodása önmagában nem számít károsodásnak, akkor válik azzá, ha a társadalomban ez hátrányt jelent.

Ezekhez a meghatározásokhoz már csak annyit kellene talán hozzáfűzni, hogy a fogyatékos-ság nem zárja ki az egészséget, hiszen nem betegség, hanem egy állapot. A fogyatékos szó jelentésének meghatározása mindig az adott társadalom ember eszményével való összehasonlításban lehetséges, éppen ezért soha nem lehet örök, mindig változó. Az a család azonban, amely fogyatékos, sérült gyermeket nevel, egy idő után már nem a gyermek tényleges fogyatékos-ságától szenved, hanem attól az attitűdtől, mellyel a társadalom viseltetik a fogyatékos-sággal, és fogyatékosokkal szemben. Vannak olyan szülők, akik nem tudnak mit kezdeni a hírrel, amikor megtudják, hogy gyermekük sérülten született, és annyira megijednek, hogy ez mit is jelent, milyen lesz az életük, mit szól majd a család, hogyan reagálnak az ismerősök, hogy egyszerűen haza sem viszik a gyermeküket a kórházból. Ez a döntés már meg is pecsételi a pici sorsát, hiszen egy sérült, fogyatékos gyermeket senki sem akar majd örökbe fogadni, tehát intézeti elhelyezésbe kerül. Minden valószínűség szerint itt fog felnőtté válni, megfosztva minden örömtől, amit a család adhat, amiben részülhetne, ha lennének szülei. Nem kap anyai szeretetet, nem lesz előtte anya, apa modell, nem fog senkihez sem kötődni, hiszen gondozói, nevelői váltakoznak, lehet, hogy ő is más, más otthonokba kerül, vagy társai cserélődnek körülötte. A szerencsésebb gyereke-

ket hazaviszik a kórházból, és szerető családi környezetben nőnek fel, igaz így is teljesen megváltozik, felborul a család megszokott élete, ugyanis a család élettriumusa általában a sérült gyermekhez alkalmazkodik.

A fogyatékos, sérült gyermek gondozása, ellátása sokkal több gondot, energiát, figyelmet igényel a család tagjaitól. Ez olykor érzelmileg közelebb hozza a családtagjait egymáshoz, hiszen erősítik egymást, támaszt adnak egymásnak, de bizony előfordul, hogy végképp nem tudják feldolgozni az adott helyzetet, és egymást okolva eltávolodnak egymástól, esetleg elválnak a szülők. Sok esetben a szülők nem tudnak kapcsolódni, kimozdulni, nincs lehetőségük szórakozni, lassan elmaradnak a barátok, és megkezdődik az elszigetelődés. Ez azt eredményezi, hogy még jobban magukra maradnak problémájukkal. Az édesanyának majdnem minden esetben fel kell adnia munkahelyét, hogy otthon tudja nevelni fogyatékos gyermekét, s ez anyagi nehézségeket okoz a család életében. Ha már sérült gyermek születik, akkor meg kell tanulni elfogadni, mert csak az elfogadás után lehet az adott élethelyzetet megfelelően kezelni, és feldolgozni. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a megnyugvás alapja az elfogadás.

A témában a kutatások azt igazolták, hogy a szülők lelkében majdnem ugyanazok a folyamatok játszódnak le, mint amikor elveszítik egyik hozzátartozójukat, és gyászolják. Gyászolja az álmaikat, a meghíúsult terveit, a megváltozott életét, és gyászolja gyermekét, hiszen tudja mennyi megpróbáltatással kell megküzdnie, szembe néznie. Ahhoz, hogy egy szülő el tudja fogadni, a megváltoztathatatlant, végig kell mennie a gyász lépcsőfokain. Elizabeth Kubler – Ross (1988) gyászról szóló munkája elengedhetetlen a gyász szakaszainak ismertetésénél. Első fázis az elutasítás, kezdeti sokk, elzárkózás szakasza. A szülőkön az első fázisban, a tagadás és elszigeteltség érzése uralkodik el, s az őket ért trauma hatására magukba zárkoznak, nem fogadják el a segítő szándékot, sőt bizonyos formában szégyenkeznek is talán. Legszívesebben elbújnának gyermekükkel a kérdések, és kíváncsiskodó tekintetek elől. Második fázis az érzelmek felszaka-

dása. Ebben a fázisban, mint érzem a harag az uralkodó, és a harag mindig irányul valaki ellen – vagy önmaga, vagy házastársa, vagy az orvos, vagy a környezete ellen. Az anya felteszi a mindenkori kérdéseket, miért pont az én gyermekemmel, miért pont velem történik mindez. A harmadik fázis az alkudozás szakasza. Ez a szakasz a legváltozóbb időtartamú szakasz, amikor a szülő nyíltan, vagy titokban alkudozni próbál a sorssal, vagy akár Istennel. Különböző fogadalmakat tesznek gyermekük állapotának javulásáért cserébe, és mindent hajlandóak volnának feláldozni a cél érdekében. A többi családtagjuk, és az önmaguk életének érdekei, céljai háttérbe szorúlnak. A negyedik fázis a depresszió szakasza. Ebben a szakaszban a szülőnek teljesen érhetővé válik, hogy minden próbálkozás hiába való, akár mit tesz, gyermeke állapotában változás nem fog történni, és az aktív küzdés szép lassan átváltozik mély bánattá, és depresszióvá. Gyermeke szeretete és gyűlölete között hullámanak a szülői érzések, büntudat kíséretében. Gondolatai szünet nélkül cikázni, milyen lenne az élete, ha nem lenne a gyermeke beteg, ha esetleg intézetbe adná, a feltétel nélküli szeretet mindig utat talál magának, de az önfeláldozás miatti keserűség miatt, amely lehet, hogy tudatos, de lehet elfojtott is, és nem veszi észre a pillanat örömeit. Az ötödik fázisban az elfogadás jelenik meg. Itt már elcsitulnak a pillanatnyi érzelmek, a szülők tisztán látják helyzetüket, s ez a gyász utolsó szakasza már maga az elfogadás. Tudni kell azonban, hogy mit is kell a szülőnek elfogadnia, és az első legfontosabb, hogy gyermekét el tudja fogadni, olyannak, amilyen, és a következő lépésben gyermeke fogyatékos-ságának a tényét kell tudni elfogadnia. (Kubler-Ross, E., 1988)

Mucopolysaccharidosis

A mucopolysaccharidosis nem egy egy- séges kórképet takar, hanem 6 különféle klinikai megjelenéssel járó szindrómát. Akad azonban néhány tünet, amelyik mindegyikre igaz. Ez a betegség az ún. lizoszómális tárolási betegségek csoportjába tartozik. Az egyes kórképekben különböző

lizoszómális enzimek működése hiányzik, de abban mind megegyezik – és innen kapta nevét is a betegségcsoport – hogy az ún. mucopolysaccharidok (egymáshoz kapcsolódó cukormolekulák) lebontása károsodik, ami miatt kóros bomlástermékek halmozódnak fel a sejtekben, ez vezet a tünetekhez.

Mivel a mucopolysaccharidok a kötőszövet alkotói, kötőszövet pedig gyakorlatilag test szerte, minden szervünkben megtalálható, ezért az egyes betegségekben is azt látjuk, hogy számos szervrendszer károsodik. A károsodás fokozatos, a beteg gyerekek állapota az évek során folyamatosan, és sajnos célzott kezelés hiányában egyelőre megállíthatatlanul romlik. A mucopolysaccharidózisok közé tartozó betegségeket jelölhetik számmal (MPS I., II, stb.), elnevezhetik a rosszul működő enzim alapján (pl. iduronat-2-szulfatáz hiány), de mindegyikhez tartozik egy „szerzői” név is, melyek sorrendben: Hurler/Scheie, Hunter, Sanfilippo, Moriquio, Maroteaux-Lamy és Sly. Van néhány olyan tünet, ami mindegyik kórképre igaz. A lép és a máj megnagyobbodása általában jelen van, de e mellett a szív és az erek érintettsége, valamint a csontelváltozások is megfigyelhetők minden megjelenési formában, de az érintettség mértéke különböző. A betegség harmadik típusa, a Sanfilippo szindróma, melyet Emesénél diagnosztizáltak szintén nem egy egységes kórkép. A mucopolysaccharidok számos cukor molekula összekapcsolódásából keletkeznek. Ezek a vegyületek a kötőszövetek felépítésében játszanak fontos szerepet. Szervezetünk folyamatosan átépül, megújul, ezáltal a felesleges anyagok lebomlanak, és távoznak szervezetünkéből. A Sanfilippo betegségben szenvedő gyermekek szervezetéből hiányzik egy olyan enzim, amely az elhasznált mucopolysaccharidokat, elsősorban a heparin szulfátot lebontja. Ennek következménye képen visszamarad, lerakódik, és folyamatosan károsítja a sejteket. A csecsemők és kisdetek sokáig tünetmentesek maradnak, majd később a kor előre haladtával egyre több károsító mucopolysaccharida rakódik le a sejtekben, és ennek következtében megjelennek a tünetek. A Sanfilippo betegség hátterében egyelőre négy enzim hiányt azonosított be az orvostudomány, mely szerint

Sanfilippo A, B, C, és D-t tudunk megkülönböztetni.

MPSIII – A- ban a hiányzó enzim a heparán – szulfatáze

MPSIII – B - ben a hiányzó enzim az alfa – N- acetilglukozaminmidáze

MPSIII – C- ben a hiány enzim az acetil – CoA – alfagluzozaminid acetiltranszferáze

MPSIII – D -ben a hiányzó enzim az N – acetilglukozamin – 6 – szulfatáze.”

A négy típus között, csak minimális különbség van, de a B típusnál kis számban egészen enyhe esetek is előfordulnak.

(<http://www.mpstarsasag.hu/cpg/232946/MPS-III----Sanfilippo-szindróma>)

A vizsgálat célja

Kutatásom célja kideríteni, bemutatni, és rávilágítani azokra a strukturális rendszerszintű problémákra, melyekkel szembe találják magukat a fogyatékos gyermekeket nevelő szülők. Ezek a problémák lehetnek látszólag, vagy egyszerűen csak nem kapják meg a kellő hangsúlyt, s ez által megoldatlannak maradnak. Feltételezem, hogy e problémák csökkenthetők, vagy teljesen megszüntethetővé válnának, és a fogyatékos gyermeket nevelő szülők életét ezen akadályok nem nehezítenék.

A vizsgálat módszere

Kutatásomat kvalitatív módszer alkalmazásával végeztem, esetelemzést alkalmazva, mely leíró jellegű. Adatgyűjtési módszerként megfigyelést, dokumentumelemzést, a szülővel történő elbeszélgetést, interjú alkalmaztam. Módszerválasztásomat az indokolja, hogy az általam választott módszer segítségével könnyebben azonosíthatók, és megérthetőek a fogyatékkal élő gyermekeket nevelő szülők problémái, mint számszerű adatokkal. A leíró, probléma feltáró jellegű esettanulmány nem hipotézisek igazolására szolgál, hanem a feltárással későbbi kutatások megalapozását viszi véghez.

Esettanulmányomban szeretnék bemutatni egy Mucopolysaccharidosisban szenvedő gyermeket, és családját.

Esetbemutató

Sanfilippo szindrómában szenved Sz. Emese, akiről esettanulmányomat készítem. Emese 1995-ben született. Szüleivel Budapest környékén élt 13 éves koráig, akkor sajnos olyan családi körülmények alakultak ki, hogy nem tudták a továbbiakban leányuk ellátását, felügyeletét a nap 24 órájában megoldani, s ezért elkerülhetlenné vált a kislány intézeti elhelyezése 2008 júniusában.

Intézeti elhelyezésekor jól mozgó, hiperaktív, szertelen, és kissé nehezen kezelhető járó gyermek volt, de állapotromlása következtében mára a fekvőosztály lakójává vált, és teljes ellátásra szorul, táplálása gyomorsondán keresztül történik.

Emese tervezett gyermek volt, szülei megfelelő életkorban voltak a gyermekvállaláshoz. A kislány a 41. hétre született 9/10 es Apgarral. Születési súlya 3100gramm, testhossza 51cm volt, ami teljesen megfelel egy érett újszülött paramétereinek.

A terhesség nem volt zavartalan, ikerterhességként indult, majd a 15.-16. héten az édesanya elveszítette az egyik magzatát. Rosszul viselt terhesség volt, az anyuka állandó rosszulletekkel küzdött, hányás, émelygés, melynek eredményeképpen 6-7 kg-ot fogyott az első trimeszterben. Később a terhesség előrehaladtával panaszai megszűntek. A szülés nehezen indult meg. A magzatvíz mennyisége rendkívül kevés volt (oligohydramnion) ez a terhességek közel 2%-ánál jelentkező tünet, tehát igen ritka, és számos okai lehetnek. Ez esetben nem találtak semmi rendkívüli, vagy eltérő okot az anyukánál. Az ürülő magzatvíz színe zöldes színű volt (mely utalhat arra, hogy a gyermek magzati székletet (meconium) ürített, aminek hátterében akár oxigénhiányos állapot is állhat) amikor megindult a szülés. 17-18 órás vajúdas után megszületett Emese.

A kislány mentális és mozgás fejlődése eleinte teljesen normális ütemben indult, felült 6 hónapos korában, 10 hónaposan állt, kúszott, de a mászás időszaka kimaradt. 13-14 hónaposan járt, járása széles alapú volt. Nagyon szeretett a műanyag építővel – egymásba nyomható színes kockákkal játszani, hosszú ideig, elmélyülten. Szívesen nézege-

tett könyveket. Egy éves korában kistestvére született. Három évesen óvodába kezdett járni, de ekkor beszélni még nem tudott folyamatosan, csak szavakat mondott. Óvodába kerülése után Emese folyamatosan felső légúti megbetegedésekkel küzdött, állandóan hurutos volt, tejallergiát és refluxot diagnosztizáltak nála. Arcüreggyulladások, mandulagyulladások, fülgyulladások követték egymást. Az anyuka 1999 májusában kivizsgálást kért a *Beszédvizsgáló és Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság Gyógypedagógiai Szolgáltató Központnál*. A vizsgálat meglassúbbodott értelmi fejlődéssel járó akadályozott beszédfejlődést állapított meg, és fejlesztő terápiát javasolt. Nagyon jól viselte a szinte állandó orvosi vizsgálatokat, kezeléseket. Emese egész kicsi korától domináns volt a családban. A faluban séta közben nem volt hajlandó csak a meg szokott úton sétálni, és ekkor már voltak autista, másságot jelző viselkedései, nehezen barátkozott más gyerekekkel. Mivel beszéde semmilyen fejlődést nem mutatott, az édesanya beszédállapot felmérést kért a *Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központtól*. Ekkor Emese 3,5 éves volt. A bizottság szakértői véleménye alapján Emese kommunikációra nyitott, beszédértése jó, de kifejező készsége életkorától lényegesen elmarad. Beszéde nehezen érthető szavakból áll, nem ragoz, mondatokat nem fűz.

2000 januárjában Szentendrén kezdte a terápiát a tanulásfejlesztőben, de a sok elmaradt alkalom miatt szülei átvitték Pomázra a „Felzárkózunk” alapítványhoz. Itt egy kicsit gyakrabban volt foglalkozás, de jóval kevesebb az elvárhatónál. Egy év elteltével Emese már nem szeretett odajárni, elutasította a foglalkozásokat. Az ott készült felmérés alapján tünetei megkésett beszédfejlődés, és hiperaktivitás. A javasolt terápia alapján fokozottan ügyelni kell Emesénél a lassú ingerfeldolgozásra, és biztosítani kell, hogy egy-egy helyzetben hosszabban benne maradjon a testhelyzet megéléséhez. Fontos számára a mozgástervezés fejlesztése, amely a beszédmozgások alapját képezi. Öntörvényűségének szabályozását indirekt irányítással tervezett játékhelyzetekkel lehet

megoldani, a pszichológusi vélemény szerint a kislány elfogadó kapcsolatban kinyílik és motiválható. Szülei teljes energiával igyekeztek mindenben megfelelni a szakember által javasoltaknak.

2000 szeptemberében, amikor testvére betöltötte a három évet új óvodába került Emesével együtt, egy családi kis létszámú óvoda vegyes csoportjába Szentendrén. Itt elfogadták, tolerálták kissé külön viselkedését. Ekkor még mindig csak szavakat mondott, nem voltak összefüggő mondatai. Szülei négy éves korától heti három alkalommal logopédushoz hordták. Nyáron és szünetekben magánórákra járták heti kétszer. Fejlesztő játékokat csináltak. Járt mozgásfejlesztésre, Aerys terápiára ezeket a foglalkozásokat nagyon szerette, szívesen vett részt rajtuk. Otthon a kertben szívesen homokozott, főzőcskézett, volt hinta, csúszda, amikkel szintén szeretett játszani. Bent a lakásban szereltek fel neki gyűrűt és tárcsát, amit Emese nagyon sokat használt és szeretett. Hippoterápiára (lovas terápia) tértek át az Aerys terápia után, melyen eleinte élvezettel vett részt, de később határozottan tiltakozott ellene. Szülei visszagondolva utólag ezt úgy értelmezik, hogy valószínűleg még szemmel nem észlelhető állapotromlása miatt nem esett jól neki ez a mozgás. Ezek a külön foglalkozások bizony eléggé igénybe vették a családi kasszát, és át kellett csoportosítani a kiadásokat, de igyekeztek minden lehetőséget megragadni, amiben esélyt láttak Emese fejlődésére.

A szülők a testvéreket nem vitték ugyanolyan foglalkozásokra, kiküszöbölve vele azt, hogy Emese ne érezze magát ügyetlennek a húga mellett. Sok dicséretet, bátorítást kapott családjától. Testi fejlődése megfelelt a vele egykorú társainak. Ezekben az években már egyértelmű volt Emese mássága, de a szülők sajnós azt tapasztalták, hogy a környezet nem tud mit kezdeni azokkal, akik nem átlagosak, hanem egy kicsit mások. Környezetük különbözőképpen fogadta a kialakult helyzetet, voltak, akik nem kívántak részt venni benne, de szerencsére akadtak segítő kezek is. A barátok és a család minden segítséget, támogatást megadott Emesének és szüleinek a küzdelemben. Emesét a nagymama kitartó munkával megtanította két-

kerekű biciklin kerékpározni. Mindenki azt csinálta a családban, amit Emese akart, de ezt nem hisztivel, vagy követelőzve érte el, csak valahogy mindig úgy alakult.

2001 februárjában a szülők kérésére újból megtörtént Emese fejlődésének felmérése. A szakértői vizsgálat szerint a kislány édesanyjától jól leválasztható a vizsgálat idejére, és együttműködő, érdeklődő. A Snijders Oomen nem verbális intelligencia teszt szerint intelligencia profilja szórt képet mutatott. Vizuomotoros koordinációja a Bender A teszt alapján öt éves szinten még nem értékelhető, négy éves szinten átlagos (ekkor Emese a hatodik életévében járt). Beszédkésztetése és kommunikációs igénye már jó, de beszédre több hangra kiterjedő általános pöszeség jellemző, mely miatt beszéde nehezen, illetve időnként alig érthető. A Gézengúz Alapítvány segítségével úszásterápiára hordták Emesét (2002-ben) ez még az óvodai időszak alatt volt. Ennél is ugyanaz történt, mint idáig mindenféle foglalkozásnál, az elején szerette, szívesen vett részt benne, de bizonyos feladatokba nehezen volt bevonható, s egy év után sajnos ezt is fel kellett adnia a családnak, és belátni, hogy leányuk nem egy kitartó küzdő alkat. Iskolakezdés ideje előtt egy évvel Emese édesanyja felkereste a területileg illetékes Pest Megyei Tanulási Képességet Vizsgáló Központot tanácsért.

A kislánnyal egy felmérő értékelő foglalkozást végeztek volna, de Emese egyáltalán nem volt közreműködő, így a felmérést végző szakember megkérte az anyukát jöjjenek vissza egy fél év múlva, ha már megnevelte a gyermekét. Emese édesanyja igencsak csodálkozott, hogy ilyen rideg elutasítást kapott a „szakembertől” hiszen köztudott, hogy ide valamilyen problémával küzdő gyermeket nevelő szülők mennek, abban a reményben, hogy segítséget kapjanak, és nem gunyoros megjegyzést, vagy elutasítást. Ez után az eset után a Budapesti 4. számú Fővárosi Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógynevelési Szolgáltató Központ felé fordult segítségért az anyuka a Csalogány utcába, ahol fogadták őket Emesével. Elvégezték a gyógynevelési-pszichológiai vizsgálatokat, és kaptak egy szakértői véleményt, mely alapján Emese testileg megfelelően fejlett leány.

Szívesen bekapcsolódik a vizsgálati helyzetbe, de irányítást nehezen fogad el. Figyelme rendkívül szórt, nehezen köthető le csak rövid időre, szuggesztív irányítás mellett szakaszosan foglalkoztatható, magatartása nyugtalan. Beszédkésztetése fokozott, sokat kérdez, egyszerű mondatokkal fejezi ki magát. Korábbi vizsgálatokhoz viszonyítva szókinccse sokat bővült, de artikulációja nem tiszta, hangszíne orrhangzós, emiatt beszéde nem mindig érthető. Lépcsőn mindkét irányban váltott lábbal közlekedik. Bal kéz a domináns. Ismeri a sok, kevés fogalmát, de számfogalma kialakulatlan. Globálisan konvencionális és nem konvencionális ujj jeleket 2-ig ismer fel. Saját személyére és közvetlen környezetére vonatkozó ismeretei hiányosak, időben és térben nehezen tájékozódik. Emese körül forgott teljes egészében a család élete. Mivel korábban tejallergiát (kazein allergia, mikor a szervezet az elfogyasztott tejben lévő tejfehérjét (kazeint) allergénként észleli és ellene kóros immunválaszt ad) állapítottak meg Emesénél, a család tudatosabban kezdett élelmiszereket vásárolni, étkezni és mindig ellenőrizni kellett van-e benne tej, vagy tejpor. Az évek folyamán teljesen megváltoztak az étkezési szokásaik, az élelmiszerek vásárlásakor több mindent figyelembe vesznek. Ez ugyan kissé megnövelte a család konyhára fordítandó kiadásait, de plusz munkákkal, és az anyagi kiadások átcsoportosításával ezt is meg tudták oldani. 2003-ban ismételt vizsgálatot kért az édesanya a Beszédvizsgáló és Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság Gyógynevelési Szolgáltató Központjától, ahol a vizsgálat eredménye: enyhe és közép súlyos értelmi akadályozottság mellett nehezen irányítható magatartást, szórt figyelmet, beszédfejlődési elmaradást, fejletlen finom-motorikát, számolási ismeretek hiányát észlelte. Javaslatot tettek a szülőknek arra, hogy a 2003/2004-es tanévben az enyhe értelmi fogyatékosok oktatását ellátó általános iskola első osztályában a Szent Miklós Általános Iskolában kezdje meg tanulmányait. Emese a fent említett Miklós téri iskolában Budapesten jól érezte magát, ekkor nyolc éves volt. 5 gyerek volt a csoportban, egy gyógynevelési és egy asszisztens. Emese betűelemeket rajzolt, részt vett a csoport munkájában, beszéde

csak kicsit fejlődött ugyan, de a beszéd értésével nem volt probléma. Úgy tűnt, sikerült beilleszkedniük, ez itt működni fog, és nem lesznek problémák. Év végén bejelentette az osztályfőnök, hogy következő évtől nem viszi tovább az osztályt, mert nyugdíjba vonul. Szeptembertől szigorú létszám bővítések voltak, így az osztály létszáma itt is kibővült 12 főre, és új osztályfőnököt kaptak a tanulók. Emesén a megváltozott körülmények igencsak rossz változást okoztak, már szeptemberben problémák voltak, és egyre többször jelezték, hogy zavarja az órát.

Ekkor már teljesen tisztában voltak a szülők Emese enyhe értelmi fogyatékoságával, hiszen ez alapján kerestek számára megfelelő iskolát, s remélték, hogy sikerül a legtöbbet kihozni Emeséből. Ezért sem igazán értették, hogy egy speciális iskola miért nem látja be, hogy az ötfős csoportok után a tizenkét fősre növekedett létszám milyen traumát okoz a gyereknek, és még csak ront a helyzeten az új tanító érkezése is. Ekkor 2004 decemberében ismét új felülvizsgálat történt a Csalogány utcában, ahol a vizsgálat az javasolta, hogy Emese a 2004/2005-ös tanévet az értelmileg akadályozottakat oktató általános iskola 2. csoportjában folytassa. A Gézengúz Alapítvány segítségével Dr. Morvai Margit gyermek neurológus véleménye szerint Emesénél mentális fejlődési zavar, akadályozott beszédfejlődés tapasztalható. Az észlelt tünetek alapján felvetődött az agyi fejlődési zavar (phacomatosis), esetleg tárolási betegség (mucopolysaccharidosis) lehetősége is. Ennek kivizsgálása, eldöntése céljából syndromatológiai genetikai vizsgálatot javasolta. Eközben már az iskolában is elmergesedett a helyzet, és nem tudták tovább tolerálni Emese „más viselkedését” így 2005 januárjában behívta az anyukát az iskolaigazgató, és közölték, hogy másnapról nem járhat oda Emese. Nekiálltak újból iskolát keresni, s a javasolt Prizma Általános Iskola és óvoda közép súlyos csoportjában folytatta további tanulmányait. Emese eközben újabb tüneteket produkált, száját állandó jelleggel nyitva tartotta, nyálát csorgatta, és széklejét nem tartotta, egyre többször bekakilt. Az iskola második évében ennél az iskolánál is elkezdődtek a gondok, látszott, hogy ez sem lesz hosszú életű.

Emese gyógypedagógiai jellemzése alapján a szociális viselkedése, társas kapcsolatai társaival elég lazák, alapvető magatartási szabályokat a figyelmeztetések hatására is csak rövid időre tart be, órákon felugrál, kiszalad. Viselkedése labilis, indokolatlanul sírni kezd, és nem lehet megnyugtatni. A gyógypedagógiai jellemzés alapján javasolták a szülőknek a Kömlődi Hegyháti Alajos Általános Iskola Diákotthon és Gyermekotthont. Egy darabig ebben az iskolában is működött a dolog, megpróbálták Emese viselkedését elfogadni, tolerálni, de sajnos ez is véget ért. Gyógypedagógus osztályfőnöke véleménye alapján egyáltalán nem tud kontaktust teremteni a kislánnyal, beszéde sztereotip szavak ismétléséből áll, nem követ célképzetet. Hirtelen inadekvát hangulatváltozásai vannak, harsány nevetésből sokszor egész napig tartó keserves sírás jellemzi hangulatát. Időnként autoagresszivitásból heteroagresszív válik, csíp, rúg, harap. Másokra és önmagára is veszélyes ez a kiszámíthatatlanná vált viselkedés. Folyamatosan romlott Emese állapota a pszichiátriai gyógykezelések ellenére is. Az iskola végül is kimondta, hogy viselkedés romlása miatt a jelenlegi intézetben gondozásának feltételei nem biztosítottak. Nem látja lehetségesnek a továbbiakban Emese oktatási intézményben való integrálhatóságát.

A Gézengúz Alapítvány közreműködésével 2005 májusában a Heim Pál Kórházban történt neurológiai vizsgálat kizárta a mucopolysaccharidosist. Az itt kapott vélemény akadályozott retardált beszéd és értelmi fejlődést állapít meg, feltehetően genetikai fejlődési zavar következményeként. Egy évvel később szintén a Gézengúz Alapítvány segítségével történt szakorvosi vizsgálat már genetikai eredetű mucopolysaccharidosist diagnosztizálásának a lehetőségét veti fel (ez a vizsgálat Budakalászon történt). Ebben az időben az édesanya megfigyelése szerint Emese „visszafejlődik”, a korábban már kialakult képességeiből folyamatosan veszít. Nehezebben irányítható, mint eddig, figyelem nem igazán köthető le, magatartása nehezen befolyásolható, érzelem vezérelt, alig nevelhetővé vált. A neurológus javaslatára szedatív terápia alkalmazása vált szükség-

gessé a kislány számára. 2006-ban, Emese a POTE Gyermekklinika Neurológiai vizsgálata Mucopolysaccharidosist, San Filippo Szindrómát vetett fel III. forma. A szülők a vizsgálatok, és a gyógypedagógiai vélemény alapján kaptak egy összesítőt, mely közepes súlyos mentális retardációt állapít meg, markáns viselkedésromlással, és esetlegesen társuló autizmussal. Ekkor már teljes a vizelet és széklet incontinencia, beszéde a feltett kérdések szavainak ismétléséből áll. Egyszerű feladatok elvégzésére is képtelen. Figyelme hypovigil, hypothermia, verbális kommunikáció nem teremthető vele. Önmaga ellátásához is segítséget igényel (tisztálkodás, étkezés, öltözködés), ekkor Emese 11. életévét töltötte be. Megállapították, hogy gyógypedagógiai képzése, kommunikációs képtelensége mellett nem ítéhető eredményesnek.

A pszichiáter, pszichiátriai bentlakásos otthonban való elhelyezést javasolt a szülőknek, mellyel egyetértettek. Ez volt az az időszak, ami a család számára rendkívül nehéz időszak volt, hiszen Emese szünet nélkül „vagy énekelt, vagy üvöltött”. Ha valami a keze ügyébe került, akkor az biztosan repült. Egy pillanatra sem lehetett magára hagyni, így a szűk család minden tagja egymást váltva be volt osztva, attól függően, kinek hogyan volt elfoglaltsága. A nagyszülők ekkor sajnos már nem tudtak tovább segíteni ebben, mert a lakásuk ekkorra „nem volt Emese képes”. Otthon a lakást teljesen át kellett alakítaniuk a szülőknek, Emese szobájával együtt, ahonnan az ágyon, és néhány játékon kívül mindent kipakoltak, nehogy a kislány kárt tudjon tenni magába. Ez a kertre is vonatkozott. Nem csökkentek a nehéz pillanatok, de a család összetartása példás volt. Néha a nagyszülők egy – egy hétvégére átköltöztek, és besegítettek a szülőknek, ilyenkor el tudtak menni kicsit kikapcsolódni, pihenni, vagy akár egy színházba, moziba. Mindenki maximálisan kivette részét Emese felügyeletéből. Ez időben a szülők, és a család nagy lelki válságon ment keresztül, hiszen nagyon nehéz volt a kislányt szeretni, nem fizikailag, idegileg volt iszonyatosan megterhelő a család számára, és persze egy állandó büntudattal párosult, hogy nem tesznek meg mindent érte. Az egész család mélypontra került. Ekkor találták meg a

Topház Speciális Gyermekotthont Gödön, és sikerült Emesét ott elhelyezni. Az intézet, a szülők elmondása alapján: „...így belesöp-penve borzasztó volt. Az épületről hámlik a vakolat, az osztályon minden leamortizálva, ami érthető, hisz negyven olyan gyerek van összeszárva, mint Emese, aki mindent bont. De azért azt nem gondoltam volna, hogy ilyen körülmények között vannak”. Egy éven át sírva vitte, és sírva hozta az édesanyja Emesét, hatalmas lelkifurdalások közepette, nem tudván eldönteni, mit is tegyen, de a gyermek otthoni felügyeletét nem tudta megoldani.

Eközben Emese fizikai és egészségi állapota rohamosan romlani kezdett. Otthon a szobája az emeleten van, és egyre bizonytalanabban közlekedett. Szereltek fel kapaszkodókat, hogy biztonságosabban mozogjon a lépcsőn. Sajnos egyszer leesett, és nem volt hajlandó újra járni. Ez nagyon hirtelen változás volt, amivel a szülők nem igazán tudtak mit kezdeni. Utólag derült ki, hogy ez már egy újabb tünete volt betegségének. Emeséből mára sajnos egy állandó fekvő lett, akit tolókkocsival tud édesanyja szállítani. A fekvőosztályon tölti napjait, nyelvéképtelensége miatt gyomorszondán keresztül táplálják. Közel két év várakozás után megkapták a genetikai vizsgálat eredményét is, mely egyértelműen igazolta a Mucopolysaccharidosist, illetve a Sanfilippo szindrómát. Emese rendkívül szerencsés, hogy ilyen szerető családja van, aki végig kitart mellette, elfogadja olyannak, amilyen, és feltételek nélkül szereti.

Következtetés

Ez a konkrét eset arra jó, hogy általa bemutatthattam azokat a strukturális, rendszer szintű problémákat, amelyek nagyrészt látenssek, vagy nem kapnak kellő hangsúlyt, ezáltal megoldatlanok maradnak. Ezek a következők voltak:

- ⇒ Már a szülésnél nem volt megfelelően tájékoztatva Emese édesanyja, hogy a zöldes színű magzatvíz figyelmeztető jel lehet az oxigénhiányos állapotra, melynek következménye lehet az értelmi fogyatékos.
- ⇒ A diagnózis felállítása is nagyon nehézkesen haladt, hiszen ha időben kiderült

volna, hogy milyen betegségben szenved Emese, sok kellemetlen szituáció elkerülhető lett volna.

- ⇒ A védőnői hálózat munkája sem volt ki-elégítő, hiszen nem figyelte fel arra, hogy a kislánynál már korai gyermekkorában megjelent a szokványostól eltérő, kirívó viselkedésforma.
- ⇒ Az óvónők nem voltak felkészülve sérült gyermek fogadására, így nem ismerték fel az igazi problémát a tünetekből, csak viselkedési, nevelési problémáknak gondolták.
- ⇒ A kései beszédfejlődésre nem fordítottak kellő mértékű figyelmet, mert azt genetikai, családi vonásnak tulajdonították eleinte.
- ⇒ Az ellátórendszer nincs eléggé felkészülve az óvodás és kisiskolás korú gyermekek elhelyezésére, ellátására.
- ⇒ Kevés a jól képzett, munkájára igényes szakember, ebből adódóan a megfelelő óvoda-iskola kiválasztása helyett küldözik egyik helyről a másikra.
- ⇒ A fogyatékos gyermekek szakvizsgálatát végző szakemberek kiegészése gyakori probléma, burnout tréningek szervezése fontos feladat lenne számukra, és a megfelelő motiváltság.
- ⇒ Azoknak a szülőknek, akik fogyatékos gyermeküket otthon próbálják ellátni, a helyzetüket javítani kellene, és nem csak anyagilag, hanem az igénybe vehető speciális szolgáltatásokkal is. Az átlagos, vagy annál rosszabb anyagi helyzetben élő szülőknek esélye sincs igénybe venni a speciális fejlesztési lehetőségeket gyermeke számára, mert anyagi helyzete nem teszi lehetővé. Ez szintén rendszerszintű probléma. Ha igénybe is tudja venni, folyamatosan nem tudja biztosítani rá az anyagi fedezetet (3-4 ezer Ft/óra).
- ⇒ A közgyógyellátás kereteinek igénybevételeivel kapcsolatban nem kapnak a szülők az egészségügyi személyzettől megfelelő tájékoztatást.

Javaslatok

A szülész orvosok motiváltságán javítani kellene, hogy amennyiben ha csak gyanúja

is felmerül, egy esetleges rendellenességnek ne sajnálják a fáradságot arra, hogy minden tudásukat latba vetve ennek hangot adjanak, és utána járjanak. Ennél a képzésnél természetesen a megfelelő motivációról is gondoskodni kellene, hiszen ráképzésekkel lehet ezt elérni. A védőnői szakszolgálat területi felosztásánál figyelembe kellene venni, hogy vajon mennyi ideje jut egy családra az adott területen a szakembernek. Megfelelő időközönként tudja-e látogatni a hozzá tartozó családokat, és mennyi időt tölt egy családlátogatás alkalmával a gyermekkel. Tud-e kellő időt szánni az édesanyával történő beszélgetésre, hiszen az ilyen beszélgetések alkalmával sok tünet felszínre kerülhet. Ha nincs szoros időhöz kötöttség, s hosszabb időt tud a családnál tölteni, akkor megfigyelése által nagyobb esélye van annak, hogy időben felismerje a gyermek átlagostól eltérő viselkedését, és az édesanyát gyermekével a megfelelő szakemberhez irányítsa.

Fontos lenne, hogy minden érintett szülő kapjon teljes körű tájékoztatást arról, hogy milyen közgyógyellátásra jogosult, milyen szolgáltatások igénybe vételére van lehetősége, neki és gyermekének. Ebben a feladatban is nagyobb szerepet kellene adni a védőnői szolgálatnak, hiszen nap mint nap szembesülnek azzal, kinek milyen szolgáltatásra, segédeszközre, pelenkára, betétre, vagy bármilyen másra lenne szüksége. A kiskorú fogyatékosok esetében az ellátó rendszer nincs megfelelően felkészülve a közoktatási intézmények területén. Kevés ezekben a korszakú intézményekben a megfelelően motivált, jól képzett, kiegészítéssel még nem küzdő szakember. Hiszen tudjuk, hogy a burnout ezen a szakterületen, a hivatásszerűen segítőknél nagyon gyakori. Ezen a szakterületen még erősebben, hiszen nincs számuk-

ra folyamatos visszajelzés, hiányzik a megerősítés. Folyamatosan gondoskodni kellene arról, hogy a fogyatékos gyermekekkel, emberekkel foglalkozó szakemberek stressz kezelő tréningeken vegyenek részt, hiszen az emberteljesítő képessége véges, gyorsan kialakul a stresszes állapot. Ebben az esetben a szakemberek frusztráltakká, apatikussá válnak, és ennek következménye képpen előfordulhatnak olyan esetek, ami Emese szülei esetében történt.

Utazó gyógypedagógiai szolgálat kiépítését is megfontolandónak tartanám, hiszen sok fogyatékkal élő gyermek azért nem részesül megfelelő gyógypedagógiai képzésben, mert a szülőknek nem áll módjukban rendszeresen az adott helyre utazni gyermekükkel. Az előzőekben már beszéltünk róla, hogy azok a családok, akik otthon nevelik fogyatékkal élő gyermekeiket általában a perifériára kerülnek, elszegényednek, hiszen az egyik szülőnek fel kell adnia az állását. Számukra a mindennapi megélhetés is gondot okoz, nem még a rendszeres utaztatás. Egy törvénymódosítással segíteni lehetne az ápolási díjat igénybe vevő szülőknél, hogy ne csak 4 órában mehessenek el dolgozni. Sok szülő örömmel vállalná váltásban egymással gyermeke gondozását, és váltott műszakban dolgoznának, a könnyebb megélhetés reményében. Ezt a lehetőséget nem lenne szabad elvenni a szülőtől, hiszen ha képzésekre, külön foglalkozásokra szeretné rendszeresen vinni gyermekét, akkor ahhoz az anyagi háttérrel is biztosítani kell. Végleges állapotúnak nyilvánított fogyatékos embert sokszor teszik ki felesleges felülvizsgálatoknak, miután már egyszer leírták állapota véglegességét. Ez megterhelő számukra, felesleges tortúra, és elkerülhető lenne.

Irodalomjegyzék

1. Bánfalvy, Csaba. 2012, *Gyógypedagógiai szociológia* Tankönyv, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola
2. Buda, B.(1990 P.11.) Előszó in Dr. Pető Zoltán, Zsákutca? A rokkantság, a szociális otthon és a rehabilitáció dilemmái, Budapest, Animula Könyvek, Magyar Pszichiátriai Társaság
3. Hajduska, M. Krízislélektan. Budapest. ELTE Eötvös Kiadó 2008.
4. Illyés, S. *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYTF, 2000.
5. Kálmán, Zs. (1994) *Bánatkő. Sérült gyermek a családban*. Bliss Alapítvány, Keraban Könyvkiadó Bp. Kálmán, Zs. – Könczei, Gy. *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Budapest, Osiris Könyvkiadó. 2002
6. Könczei, Gy. *Fogyatékosok a társadalomban*. Gondolat Könyvkiadó, 1992.
7. Kubler-Ross, E. *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat Kiadó 1988
8. Ranschburg, P. *A gyermeki elme fejlődése és működése*. Athenaeum Kiadó, 1905
9. <http://www.polgariszemle.hu/?article&ID=207>; 2014.07.21,9,30 view=v_
10. <http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak/fogyatekossag>
11. <http://kezemfogva.blog.hu/page/2>
12. <http://www.mpstarsasag.hu/cpg/232946/MPS-III---Sanfilippo-szindroma>
13. http://www.mpsociety.org.au/images/publications/A_Guide_to_Understanding_Sanfilippo_Syndrome;
14. <http://www.mpstarsasag.hu/cpg/232946/MPS-III---Sanfilippo-szindroma>
15. http://fogyat77.socio.mta.hu/dynamic/Fogyatek_eloitelet.pdf

FELHÍVÁS

VI. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Napok Hévíz, 2015. április 17-18.

A pontszerző továbbképzés témája:

„A krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók megelőző gondozása”

A tervezett előadás max. 2000 karakteres kivonatát legkésőbb 2014. december 15-ig kérjük elektronikus úton feltölteni a MESZK honlapján keresztül.

A jelentkezés részleteiről szóló információk miatt kérjük, kövesse figyelemmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara honlapján (www.meszk.hu) az Eseménynaptárt.

Szervezők

Gratulálunk!

Batthyány-Strattmann László születésének 144. évfordulója alkalmából rendezett ünnepségen **dr. Zombor Gábor**, az Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségügyért Felelős Államtitkára szakmai elismeréseket, kitüntetésekkel adta át.

Több évtizeden át végzett kimagasló szakmai munkája elismeréseként **Batthyány-Strattmann László díjban** részesült.

Deák Edit, a Heim Pál Gyermekkorház ápolási igazgatója.

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

Guzsván Istvánné, pulmonológus-allergológus szakasszisztens

Herenik Istvánné, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet laboratóriumi asszisztense.

Felelősségteljes, példamutató munkájukért Miniszteri Elismerő Oklevélben részesültek:

Dr. Barna Jánosné, a Szent Kristóf Szakrendelő Nonprofit kft asszisztense,

Börgöndi Antalné, a Szent Borbála Kórház megbízott vezető asszisztense,

Halmosné Urhegyi Éva, a Heim Pál Gyermekkorház Röntgen és Ultrahang Diagnosztikai Osztály osztályvezető asszisztense,

A Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház Szeghalmi Egységének Krónikus Belgyógyászati Osztálya.

A Bugát Pál Kórház Invazív Mátrix szakdolgozói,

A Jász-Nagykun- Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Központi Műtőjének munkacsoportja,

A Károlyi Sándor Kórház I. számú Mozgásszervi Rehabilitációs Osztálya,

Az Országos Epidemiológiai Központ Nemzetközi Utazás-Egészségügyi és Otóközpont Munkacsoportja,

A Szent Borbála Kórház Központi Műtőjének kollektívája.

FELHÍVÁS

Európai Transzkulturális Ápolási Egyesület IV. Konferenciája

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK), az Európai Transzkulturális Ápolási Egyesület (ETNA) és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (SE ETK) nemzetközi konferenciát szervez, hazai és külföldi előadók, vendégek részvételével.

Időpont: 2015. június 29-30.

Helyszín: Budapest

A konferencia hivatalos nyelve: angol

A jelentkezés részleteiről szóló információk miatt kérjük, kövesse figyelemmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara honlapján (www.meszku.hu) az Eseménynaptárt.

Szervezők

Gratulálunk!

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) fennállásának 10. évfordulója alkalmából 2014. október 30-án a Parlament felsőházi termében rendezett ünnepségen dr. Rétvári Bence, parlamenti államtitkár, miniszterhelyettes szakmai elismeréseket, kitüntetésekkel adta át.

Az egészségügyi ellátás érdekében, az ápolási munka és az egészségügy fejlesztésében kifejtett több évtizedes kiemelkedő tevékenységéért, magas szintű szervezőképességéért, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarában végzett példaértékű munkája elismeréseként Batthyány-Strattmann László díjban részesült:

Dr. Záray Gyuláné, a MESZK Budapesti Területi Szervezete elnöke.

Az egészségügyi ellátás, különös tekintettel a pszichiátriai ápolás érdekében kifejtett kiemelkedő tevékenysége, több évtizedes ápolásvezetői munkája elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:

Fischer István, a pomázi Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság ápolási igazgatója.

A jubileumi ülésen első alkalommal került sor a MESZK által idén alapított két új kitüntetés, a Kamaráért és a Tagozatért Díjak átadására is. A díjakat megtestesítő műalkotásokat a Moholy Nagy Művészeti Egyetem

Tárgyalkotó Intézeti Tanszékének végzett hallgatója Varga Gyöngyvér tervezte és készítette. A díjakban 6-6 fő részesült, elismerve azon szakdolgozók munkáját, akik – növelve a MESZK tekintélyét – emberi, szakmai magatartásukkal példaképpül állíthatók, kamarai munkájukkal, társadalmi érdekérvényesítő tevékenységükkel, helytállásukkal méltán vívták ki kollégáik és a társadalom elismerését.

MESZK-ért díjban részesült:

Bugarszkiné Sárközi Gizella,
Hajnal Istvánné,
Szabó Andrásné,
Szánti Istvánné,
Tóthné Földő Gyöngyi,
Vinkler Lajosné.

Tagozatért díjban részesült:

Dr. Barna Lajosné,
Bell Barbara,
Bognár Lászlóné,
Hüttnerné Szabados Mária,
Tóth Andrea,
Tóthné Bucsek Ildikó.

Dr. Kovács József, parlamenti képviselőt, a Parlament Népjóléti Bizottság alelnökét a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tiszteletbeli tagjává választotta, elismerve az ápolás ügye iránt tett elvülhetetlen érdemét.

Szerzői útmutató

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

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

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

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

Formai szempontok

A kézirat formai követelményei és szerkezeti felépítése, az ábrák és táblázatok szerkesztésének általános elvárásai, valamint az irodalomjegyzék és a hivatkozások szabályai részletesen megtalálható a www.meszk.hu Kiadványaink menüpontjában belül a NŐVÉR cím alatt.

Kérjük, hogy olvassa el figyelmesen a leírást és készítse el kéziratát a megadott szempontoknak megfelelően!

Hova küldje kéziratát?

Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.

Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűsített és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menüpontjában).

A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon a szerkesztőségi titkártól.

Mi történik a kézirattal?

A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek.

A kéziratról a szakértők véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:

- elfogadja közlésre,
- javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
- a javítások, korrekciók után megismételi a bírálati eljárást,
- nem fogadja el közlésre.

Ismételt bírálat esetén, ha a véleményezést további szakértő végzi, akkor az elsőként bírálok véleményeit névtelenül kapja meg.

A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.

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

Szerkesztőségi és kiadói kitételek

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

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

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

Szerzői jog és másolás

Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)



*Ha 2015, akkor ismét
Nővér folyóirat!*



Gondolkozott már azon, hogy mit vegyen az egészségügyben dolgozó családtagjainak, ismerőseinek karácsonyra? Ha már találkozott a kiadványunkkal, akkor azért, ha nem, itt a lehetőség, hogy megismerhesse a készlet erejéig! A

olyan tudományos amely az ápolás is elismert képviselő vagy gyakorló olvasmánya, „bibliája”. ges telefonon keresztül a számon (2-es menüpont, 1087, Budapest, Könyvszám alatt illetve e-mailen címen.



Nővér folyóirat hazai orgánus, nemzetközi szinten lője. Pályakez-ápolók kötelező

*Megrendelés lehetsé-
+361/323 2070-as
vagy személyesen a
ves Kálmán Krt. 76
az a nover@meszk.hu*

Kellemes Karácsonyi Ünnepeket és sikerekben gazdag Új évet kívánunk olvasóinknak!