

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára,  
egészségére, alvására

Ápoló hallgatók komplementer medicinával  
kapcsolatos attitűdje, tudása és tapasztalata

Szakmai gyakorlat teszi a mestert



2015. 28. ÉVFOLYAM 5. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>



# FELHÍVÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

2015. november 19-én, csütörtökön 10 órai kezdettel  
szervezi meg a

„Mentsük meg az Egészségügy dolgozóit a stressztől” Szakmai  
Továbbképzést



Helyszín: Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház,  
5700 Gyula, Semmelweis u. 1., Árvay-terem

Célcsoportok: felnőtt ápolás és gondozás, gyermek ápolás és gondozás,  
sürgősségi ellátás, laboratóriumi diagnosztika, képi diagnosztika,  
általános és elektrofiziológiai asszisztencia, fogászati ellátás,  
gyógyszertári ellátás, mozgásterápia és fizioterápia, műtéti ellátás,  
szülészeti ellátás, védőnői ellátás, közegészségügy és népegészségügy,  
egészségügyi menedzsment, rehabilitációs és életvezetést támogató,  
dietetika, természetgyógyászat

**A rendezvény 18 továbbképzési pontra lett minősítve.**

**Regisztrációs díj:**  
**Kamarai tagoknak: ingyenes**  
**Nem tagoknak: 5 000 Ft**

A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!

**Jelentkezés kizárólag online formátumban a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) honlapon  
(Továbbképzések link alatt) lehetséges**

További információ:  
**Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál Tel.: 1/323-2070,  
e-mail: [meszk@meszk.hu](mailto:meszk@meszk.hu)**

# 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*, 2015, 28 (5), 1–40.

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára, egészségére, alvására

*Gál-Inges Dóra, Németh Anikó*

3

Ápoló hallgatók komplementer medicinával kapcsolatos attitűdje, tudása és tapasztalata

*Sárváry Andrea, Hajdúiné Demcsák Lívía, Radó Sándorné, Sárváry Attila*

11

### AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Versiva, nem öntapadó habkötszer és Curiosa gél együttes használatával szerzett tapasztalataink a krónikus sebkezelésben

*Boros Katalin Gyöngyi, Takács Tibor, Vargáné Terhes Anita, Csernus Mariann*

22

### KITEKINTÉS

Szakmai gyakorlat teszi a mestert

*Burjánné Török Orsolya*

29

Kell-e figyelmeztetést kap-e egészségünk megőrzése utazásaink szervezése során?

*Tóth Ildikó, Beke Szilvia*

31

## CONTENTS

### ORIGINAL CONTRIBUTION

The effects of perceived work-related stress on the life style, health and sleep of nurses

*Dóra Gál-Inges, Anikó Németh*

3

Nurse student's attitude, knowledge and experience related to complementary medicine

*Andrea Sárváry, Lívía Hajdúiné Demcsák, Sándorné Radó, Attila Sárváry*

11

### NURSING IN PRACTICE

Experiences with the combined use of Versiva, non-adhesive foam dressing and Curiosa gel in chronic wound care

*Katalin Gyöngyi Boros, Tibor Takács, Anita Vargáné Terhes, Mariann Csernus*

22

### OUTLOOK

Clinical training makes perfect

*Orsolya Burjánné Török*

29

Does the optimal attention has preserving of the our health during organizing of the our travell?

*Ildikó Tóth, Szilvia Beke*

31

A *Nővér*ben 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 igényű írással készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A *NŐVÉR* a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

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

**A kiadvány megjelenését gondozza:**

LITERATURA  MEDICA  
KIADÓ KFT.

**Nyomdai munka:** VAREG 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 (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

**Főszerkesztő/Editor-in-Chief**

Dr. Csernus Mariann (PhD)

**Szerkesztő/Editor**

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**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, *ápolási igazgató-helyettes,*

MH EK Honvédkórház

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*

doktor, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem

Szentágothai János Kutatóközpont

Rauh Edit, *elnök-helyettes, ENKK*Dr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos,*

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*

Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,

Cseh Köztársaság

**Lapunkat rendszeresen  
szemléli a megújult****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 tárgyából 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](mailto: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 bírálatnak 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 kéziratrészletet.

A cikkekből 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

# Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára, egészségére, alvására

GÁL-INGES Dóra, Dr. NÉMETH Anikó

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A vizsgálat célja felmérni, hogy az észlelt munkahelyi stressz szintje hogyan befolyásolja az ápolók életmódját, egészségét és alvását.

**Vizsgálati módszer és minta:** Az online adatfelvétel 2015. április és május hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel (N=556). Az adatelemzés SPSS 19.0 program segítségével készült, Khi2-próba, független kétmintás T-próba, Spearman-féle rangkorreláció alkalmazásával ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** Minél stresszesebbnek ítéli meg valaki a munkahelyét, annál rosszabbnak értékeli saját egészségi állapotát ( $p < 0,001$ ), alvásának minőségét ( $p < 0,001$ ) és mennyiségét ( $p < 0,001$ ), valamint táplálkozási szokását ( $p < 0,001$ ). A magas munkahelyi stressz csoportra jellemző a többszöri felébredés ( $p = 0,009$ ) és a fáradt ébredés ( $p < 0,001$ ). Táplálkozásukat rendszertelennek ( $p < 0,001$ ) és kapkodónak ( $p = 0,006$ ) ítélik meg. A krónikus betegségek és a káros szenvedélyek tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség az alacsony munkahelyi stressz csoporthoz képest.

**Következtetések:** Jelen vizsgálatban a munkahelyi stressz magas szintje a táplálkozásra, az alvásra és a saját egészségi állapot értékelésére van negatív hatással.

**Kulcsszavak:** ápolók, munkahelyi stressz, életmód, egészség, alvás

### The effects of perceived work-related stress on the life style, health and sleep of nurses

Dóra GÁL-INGES, Anikó NÉMETH PhD

#### Summary

**Aim of the research:** The present study aim to assess how the stress level influences the life style, health and sleep.

**Research and sampling methods:** A self-developed questionnaire was administered online during April and May 2015 (N=556). SPSS 9.0 was used for the data analysis; chi square, independent samples t-test and Spearman's rank correlation were applied ( $p < 0.05$ ).

**Results:** The higher the level of perceived stress is at work, the worse the self-rated health condition ( $p < 0.001$ ), quality ( $p < 0.001$ ) and quantity ( $p < 0.001$ ) of sleep and dietary habits ( $p < 0.001$ ) are. In the group with higher stress level at work intermittent insomnia ( $p = 0.009$ ) and tired mornings ( $p < 0.001$ ) were more frequent. Participants reported their meals to be irregular ( $p < 0.001$ ) and hasty ( $p = 0.006$ ). There were no significant differences regarding chronic illnesses and addictions compared to the group with lower work-related stress levels.

**Conclusions:** According to these results the level of work-related stress correlates negatively with dietary habits, sleep and self-reported health status.

**Key words:** nurses, work-related stress, life style, health, sleep

Érkezett: 2015. augusztus 25. Elfogadva: 2015. szeptember 14.

## Bevezetés

Korunk egyik legsúlyosabb problémája a munkahelyi stressz. Sok ember küzd ezzel az érzéssel, ám abban az adott környezetben csak kevesen beszélnek róla. Stresszes kör-

nyezetben megromolhatnak a társas kapcsolatok, ami a problémák elfojtásához vezet, ezáltal még több stresszhatást él meg az illető, ami később kedvezhet különböző betegségek kialakulásának. (Kang et al, 2005)

Megnövekszik a munkahelyi stressz ki-

GÁL-INGES Dóra ápoló (BSc) hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Ápolási Tanszék

Dr. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Levelező szerző (correspondent): GÁL-INGES Dóra, elérhetőség: 5100 Jászberény, Pesti u. 47/b.,

Tel.: +36-70/402-7215, e-mail: gal.dora94@gmail.com

alakulásának esélye, ha a környezet elvárásai és az egyén rendelkezésére álló forrásai között eltérés keletkezik, mivel az ápoló nem tud megfelelni a vele szemben felállított követelményeknek. (Pikó, 2001) A munkahelynek különösen fontos szerepe van a stressz és a jólléti állapot szempontjából, hiszen az emberek idejük nagy részét itt töltik. A legtöbb külső hatás itt éri őket, mind környezeti, mind társas szinten. (Betlehem et al., 2007)

A munkahelyi stressz, az egészségi állapot szempontjából az egészségügyi dolgozók, különösen az ápolók, rendkívül veszélyeztetett csoportba tartoznak. (Fritz, 2011) A Hungarostudy 2006. vizsgálat eredményei is alátámasztották, hogy az ápolók stressz szintje jóval nagyobb, mint más egészségügyi dolgozóké (Szabó et al., 2008). Stresszhatás lehet a munkahelyen az erőforrások elégtelensége, az interperszonális konfliktusokból fakadó nem megfelelő kommunikáció (Roberts et al., 2012), munkafeladatok, otthoni problémák (Sveinsdóttir et al., 2005), munkaterhek, nem tisztázott feladatok (Maytum et al., 2004).

A magas szintű munkahelyi stressz hozzájárul az önbizalomhiány érzéséhez, ingerlékenységet vált ki, és végül szomatikus zavarokhoz vezet. Az ápolók csoportjában aránytalanul magas az általános betegségek rátája, több a pszichiátriai beutalás, és a pszichiáter szakemberrel való konzultáció. (Roberts et al., 2012)

A szervezet testi tünetekkel jelzi a már hosszú ideje fennálló stresszhatást. Ilyen például a kimerültség érzése, magas vérnyomás, fejfájás. Romlik a koncentrációs képesség, a teljesítőképesség, és a dolgozó már nem érzi magát motiváltként a munkához. (Onicul, 1996) A tartósan fennálló munkahelyi stressz testi és lelki betegségeket okozhat, alvászavar (Sabo, 2006), krónikus hátfájdalom (Elfering et al., 2002), elhízás, drogabúzus (McNeely, 2005), daganatos megbetegedések (Lie & Kjaerheim, 2003) fordulhatnak elő nagy számban. Egy amerikai felmérés szerint, azok az ápolók, akik stresszesnek ítélik meg munkájukat, jelentősen gyakrabban fogyasztanak zöldséget és gyümölcsöt mint azok, akik kevésbé stresszesnek ítélik meg azt. A munkastressz és a BMI (Body

Mass Index) között nem találtak összefüggést, viszont azon ápolók, akik stresszesebbnek ítélték meg a munkahelyi környezetüket, egészségesebb étkezési és testmozgási szokásokat jelöltek meg. (Zapka et al., 2009)

## Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt felmérni, hogy az észlelt munkahelyi stressz szintje hogyan befolyásolja az ápolók életmódját. Az életmódon belül vizsgáltuk a táplálkozási-, alvási szokásokat, káros szenvedélyeket, valamint a testmozgást. Felmértük az egészségi állapot önértékelését, és a krónikus betegségek meglétét, gyógyszereszedési szokásokat is. Feltételeztük, hogy a magas munkahelyi stressz negatívan befolyásolja az életmódot, egészségi állapotot és az alvásminőséget is.

## Anyag és módszer

Vizsgálatunkat 2015. április-májusban végeztük egy saját szerkesztésű online kérdőívvel, melyet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetének, valamint Csongrád Megyei Területi Szervezetének közösségi oldalán tettük elérhetővé két hónap időtartamra. A mérőeszköz 34 kérdést tartalmazott. Kilenc kérdés vizsgálta a szociodemográfiai és munkahelyi adatokat, a többi a munkahelyi stresszre és az életmódra vonatkozott. Az észlelt munkahelyi stressz szintjét egy négyfokú Likert-skálával mértük, ahol 1=egyáltalán nem, 4=teljes mértékben jelentéssel bírt. A munkahelyi stresszfaktorok meglétét egy nyolc tételből álló kérdéssel mértük Williams és Cooper nyomán (Williams & Cooper, 1998). A kérdőívet 657 kolléga töltötte ki, melyből 101 főt kizártunk dupla válaszadás, illetve nem ápolói végzettség miatt, így 556 válaszadó válaszait elemeztük. Az észlelt munkahelyi stressz szintjét dichotomizáltuk, tehát az 1-2-es értéket jelölőket alacsony munkahelyi stressz csoportnak (102 fő; 18,3%), míg a 3-4-es értéket jelölőket magas munkahelyi stressz (454 fő; 81,7%) csoportnak neveztük el.

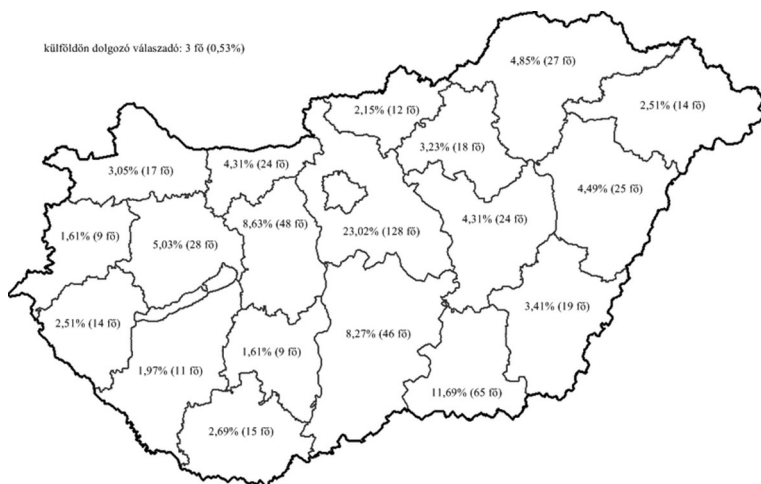
Az adatfeldolgozást és adatelemzést SPSS

19.0 statisztikai programmal végeztük. Leíró elemzésen kívül alkalmaztunk független kétmintás T-próbát (F-próbával),  $\chi^2$ -próbát és Spearman-féle rangkorreláció számítást. Az elemzés során minden esetben 5%-os szignifikanciaszinttel dolgoztunk ( $p < 0,05$ ).

## Eredmények

A válaszadók átlag életkora 43,68 év ( $SD=9,378$ ;  $Min=20$  év;  $Max=63$  év), 4,9%-uk (27 fő) férfi. Minden megyéből érkeztek válaszok, a Pest megyei kitöltők a minta 23,02%-át teszik ki. (1. ábra)

1. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása



4,7% szakiskolát, 15,8% szakközépiskolát, 6,5% gimnáziumot végzett, 42,3% OKJ képesítésű, 30,8% főiskolai/egyetemi végzettségű. Alapellátásban a válaszadók 15,1%-a, járóbeteg-ellátásban 18,2%-a, fekvőbeteg ellátásban 66,7%-a dolgozik. A munkaterületek szerinti megoszlásra elmondható, hogy szinte mindegyik területről érkeztek válaszok, a legtöbb (12,9%) a belgyógyászat területéről, de jelentős a háziorvos, házi gyermekorvos mellett (11,9%), sebészet (7,7%), intenzív osztályon (7,4%) és pszichiátrián (7%) dolgozók aránya. A többi munkaterület ennél kisebb arányban képviseltette magát.

Több mint 46% 25 évnél régebb óta dolgozik az egészségügyben. (2. ábra)

48,6% dolgozik többműszakos munkarendben (8 vagy 12 órás műszak), 38,5% ál-

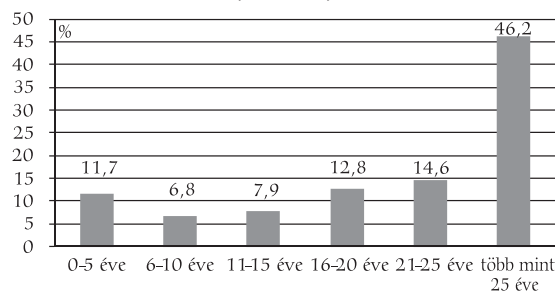
landó délelőttös (8 órás műszak), 8,5% állandó nappalos (12 órás műszak), 3,6% délelőttös és délutános váltásban dolgozik, 0,7% állandó éjszaka, és 1 fő kötetlen beosztásban.

A nem ( $p=0,297$ ), az iskolai végzettség ( $p=0,188$ ), a munkaterület ( $p=0,069$ ), az egészségügyben eltöltött évek ( $p=0,542$ ) és a műszakbeosztás ( $p=0,054$ ) nem befolyásolják az észlelt munkahelyi stressz szintjét, viszont az egészségügyi ellátás szintje ( $p=0,005$ ) és az életkor ( $p=0,042$ ;  $t=2,039$ ) szignifikáns hatással bír. (Az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozók átlag életkora 45,38 év; a magas munkahelyi stressz csoportba tartozók pedig 43,29 év). Itt fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy bár a műszakbeosztás nincs ugyan jelentős hatással az észlelt munkahelyi stresszre, de a magas munkahelyi stressz csoportba tartozók 50,7%-a a többműszakos munkarendből kerül ki!

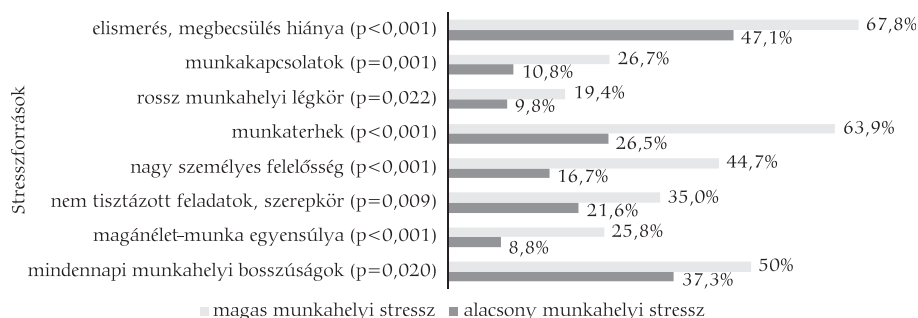
A továbbiakban az eredmények bemutatása során az alacsony és a magas munkahelyi stressz csoportok közötti különbségekre fókuszálunk.

Az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozók közül 9 fő (8,8%) jelölte, hogy nincs stressz a munkahelyén. Ők átlagosan 1,78; míg a magas munkahelyi stressz csoportba tartozók 3,33 stresszforrást jelöltek meg munkahelyükön. A fő munkahelyi stresszforrásokat (Williams & Cooper, 1998) a 3. ábra szemlélteti. Látható, hogy mind a nyolc faktorban jelentős eltérés mutatkozik a két csoport között. Leginkább az elismerés, megbecsülés hiánya és a munka-

2. ábra: Egészségügyben eltöltött évek száma (N=556)



3. ábra: Munkahelyi stresszfaktorok megoszlása a válaszadók körében (N=556)



terhek okoznak stresszforrást a válaszadóknak. (3. ábra)

### Egészség vizsgálata

Az egészségi állapot önértékelését egy négyfokozatú Likert-skálával vizsgáltuk, ahol 1=nagyon rossz; 2=inkább rossz; 3=inkább jó; 4=kiváló jelentéssel bírt. Az elévített rangkorreláció-számítás eredménye alapján megállapítható, hogy minél stresszesebbnek ítéli meg valaki a munkahelyét, annál rosszabbnak értékeli saját egészségi állapotát (p<0,001; r=-0,223). Az alacsony munkahelyi stressz csoport tagjai átlag 3,09-re (SD=0,615), a magas munkahelyi stressz csoport válaszadói pedig átlag 2,89-re (SD=0,640) értékelték saját egészségi állapotukat, mely jelentős különbségnek bizonyult (p=0,005; t=-0,148). A krónikus betegségek előfordulásában nem találtunk szignifikáns különbséget (p=0,062) a két csoport válaszadói között, az azonban elmondható, hogy a magas munkahelyi stressz csoportban a több krónikus betegség előfordulása több mint duplája a másik csoporthoz képest. (I. táblázat)

A válaszadók által leggyakrabban jelzett krónikus betegségek a szív- és érrendszeri (19,6%), mozgásszervi (14%) és endokrin (10,8%) betegségek voltak.

I. táblázat: Krónikus betegségek gyakorisága a válaszadók körében (N=556)

| p=0,062                     | Stressz kategória           |                          |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|                             | alacsony munkahelyi stressz | magas munkahelyi stressz |
| Nincs krónikus betegsége    | 63,7%                       | 58,4%                    |
| Egy krónikus betegsége van  | 29,4%                       | 25,8%                    |
| Több krónikus betegsége van | 6,9%                        | 15,9%                    |

### Káros szenvedélyek, gyógyszeres szokások vizsgálata

Az alkoholfogyasztás gyakoriságának elemzése során nem találtunk jelentős (p=0,348) eltérést a két csoport válaszai között. A jelentős többség mind-

két csoportban csak ritkán (ünnepekkor) fogyaszt alkoholt, a rendszeres fogyasztók aránya egy picivel több (2,9%) az alacsony munkahelyi stressz csoportban. A dohányzás gyakoriságában szintén nem mutatkozott jelentős különbség (p=0,342) a két csoport válaszai között. Mindkét csoportban a többség saját bevallása szerint nem dohányzik, azonban a magas munkahelyi stressz csoportban magasabb (26,7%) a rendszeresen dohányzók aránya. Az elszívott cigaretta mennyiségében sincs jelentős különbség (p=0,193; t=-1,304) a két csoport tagjai között. Az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozók átlagosan 3,17; a magas munkahelyi stressz csoportba tartozók 4,13 szál cigarettát szívnak el naponta. Az altatószedésben sem mutatkozott jelentős eltérés (p=0,183). A nyugtató szedésben viszont szignifikáns eltérés (p=0,043) mutatkozott. A magas munkahelyi stressz csoport válaszadói saját bevallásuk szerint gyakrabban fogyasztanak nyugtatót, mint az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozók. (II. táblázat)

### Alvás vizsgálata

A napi alvásmennyiséget is felmértük kutatásunk során. Öt órát, vagy annál kevesebbet alszik naponta az ala-

II. táblázat: Káros szenvedélyek, gyógyszeresedés előfordulása a két csoportban (N=556)

| fogyasztás gyakorisága                | Alkoholfogyasztás           |                          | Altató                      |                          | Nyugtató                    |                          |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|                                       | alacsony munkahelyi stressz | magas munkahelyi stressz | alacsony munkahelyi stressz | magas munkahelyi stressz | alacsony munkahelyi stressz | magas munkahelyi stressz |
| soha                                  | 22,5%                       | 21,4%                    | 91,2%                       | 84,4%                    | 85,3%                       | 73,6%                    |
| ritkán                                | 74,5%                       | 77,5%                    | 7,8%                        | 12,6%                    | 12,7%                       | 22%                      |
| rendszeresen                          | 2,9%                        | 1,1%                     | 1%                          | 3,1%                     | 2%                          | 4,4%                     |
| p                                     | 0,348                       |                          | 0,183                       |                          | 0,043                       |                          |
| Dohányzás                             |                             |                          |                             |                          |                             |                          |
| dohányzás gyakorisága                 |                             |                          | alacsony munkahelyi stressz |                          | magas munkahelyi stressz    |                          |
| Nem dohányzik, soha nem is dohányzott |                             |                          | 46,1%                       |                          | 39,4%                       |                          |
| Dohányzott, de már leszokott          |                             |                          | 26,5%                       |                          | 24%                         |                          |
| Alkalmanként                          |                             |                          | 8,8%                        |                          | 9,9%                        |                          |
| Rendszeresen                          |                             |                          | 18,6%                       |                          | 26,7%                       |                          |
| p                                     |                             |                          | 0,342                       |                          |                             |                          |

cseny munkastresszesek 6,9%-a, a magas munkastresszesek 24,4%-a. 6-7 órát alszik az alacsony munkastresszesek 78,4%-a, a magas munkastresszesek 66,1%-a. A többi válaszadó napi 8, vagy annál több órát alszik. A különbség jelentős ( $p < 0,001$ ) a két csoport között. Megkértük a válaszadókat, hogy ítélik meg saját alvásminőségüket 1-4-ig terjedő skálán (1=nagyon rossz; 4=kiváló). Az alacsony munkahelyi stressz csoport átlag 3,02-re ( $SD=0,758$ ), a magas munkahelyi stressz csoport átlag 2,76-ra ( $SD=0,751$ ) ítélte meg alvásának minőségét, mely különbség jelentős ( $p=0,002$ ;  $t=3,096$ ). Minél magasabb a munkahelyi stressz szintje, annál rosszabbnak ítélik meg a válaszadók alvásuk minőségét ( $p < 0,001$ ;  $r=-0,166$ ).

Egy öt alkérdésből álló kérdéssel felmértük az alvaskörülményeket is. Az eredményeket a 4. ábra szemlélteti. Nyugodt alvaskörülmények ( $p=0,001$ ) és kipihent ébredés ( $p < 0,001$ ) jelentősen gyakrabban fordul elő az alacsony munkahelyi stressz csoportnál. A többszöri felébredés ( $p=0,009$ ) és fáradt ébredés ( $p < 0,001$ ) szignifi-

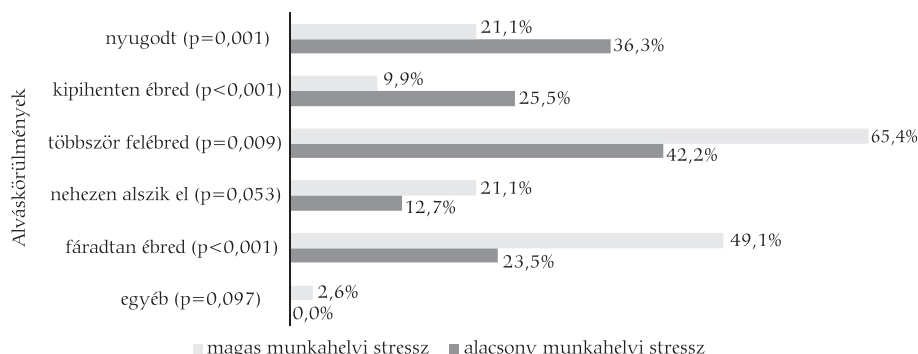
kánsan gyakoribb esemény a magas munkahelyi stressz csoportban. Rájuk jellemző még egyéb kategóriában a „változó”, „nehezen ébred”, „egyszer felébred”, „altatóval alszik” válaszok megjelenése. (4. ábra)

A magas munkahelyi stresszesek 65,9%-a úgy ítéli meg, hogy alvási problémája összefügg a munkahelyi stresszrel, szemben az alacsony munkahelyi stresszesek 24,5%-ával. A különbség jelentős ( $p < 0,001$ ). Az erre vonatkozóan feltett kérdés a következő volt: „Amennyiben nehezen alszik el, és/vagy többször felébred és/vagy fáradtan ébred, összefüggésbe hozható ez véleménye szerint a munkahelyén megélt stresszel?”

#### Táplálkozás és sport vizsgálata

A napi étkezések számának vizsgálata a következő eredményt hozta: az alacsony

4. ábra: Alvaskörülmények megítélése (N=556)



munkahelyi stressz csoport átlagosan 3,29-szer ( $SD=0,863$ ), a magas munkahelyi stressz csoport 2,95-ször ( $SD=0,912$ ) étkezik naponta, a különbség jelentős ( $p<0,001$ ;  $t=3,506$ ). Minél magasabb az észlelt munkahelyi stressz szintje, annál kevesebbszer étkeznek naponta a válaszadók ( $p<0,001$ ;  $r=-0,180$ ).

A saját táplálkozási szokások megítélését egy négyfokozatú Likert-skálával mértük, ahol 1=nagyon rossz; 4=kiváló jelentéssel bírt. Az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozó válaszadók átlagosan 2,55 pontra ( $SD=0,712$ ) értékelték saját táplálkozási szokásukat, míg a magas munkahelyi stressz csoport válaszadói átlagosan 2,39 pontra ( $SD=0,731$ ), a különbség jelentős ( $p=0,043$ ;  $t=2,025$ ). Minél magasabb az észlelt munkahelyi stressz szintje, annál rosszabbnak ítélik meg a válaszadók saját táplálkozási szokásaikat ( $p<0,001$ ;  $r=-0,196$ ). A BMI kategóriák megoszlásában nem volt jelentős eltérés a két csoport között ( $p=0,816$ ). Normál (18,5-24,99) BMI tartományba tartozik az alacsony munkastresszesek 31,4%-a, a magas munkastresszesek 34,1%-a, alacsony (18,5 alatti) BMI tartományba tartozik az alacsony munkastresszesek 1%-a, a magas munkastresszesek 2,2%-a, a többi válaszadó BMI-je 25, vagy a feletti.

Naponta zöldséget és/vagy gyümölcsöt az alacsony munkastresszesek 75,5%-a, a magas munkastresszesek 67,6%-a fogyaszt, a különbség nem jelentős ( $p=0,120$ ). Teljes kiőrlésű gabonából készült kenyeret, péksüteményt fogyaszt naponta az alacsony munkastresszesek 44,1%-a, a magas munkastresszesek 39%-a, a különbség nem jelentős ( $p=0,339$ ).

Megkértük a válaszadókat, hogy jellemezzék táplálkozásukat. Hat állításból kellett kiválasztaniuk a rájuk jellemzőket. (5. ábra) A kapott válaszok alapján elmondható, hogy az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozók

szignifikánsan nyugodtabbnak ( $p=0,013$ ) és egészségesebbnek ( $p=0,005$ ) jellemzik saját táplálkozásukat, viszont jellemző rájuk a sok zsíros, fűszeres étel fogyasztása is ( $p=0,045$ ). A magas munkahelyi stresszel küzdő csoportra inkább a rendszertelen ( $p<0,001$ ) és kapkodó ( $p=0,006$ ) étkezés jellemző.

A napi folyadékfogyasztás mennyiségét illetően sem találtunk jelentős eltérést ( $p=0,278$ ) a két csoport válasza között. Mindkét csoportban a válaszadók több mint 55%-a naponta 1-2 liter folyadékot fogyaszt. A folyadék minőségét illetően egyik kategóriában sem találtunk jelentős eltérést az alacsony és a magas munkahelyi stressz csoport válaszadói között, ezért a megoszlásokat az egész mintára tüntetjük fel. Szénsavmentes vizet/csapvizet fogyaszt a válaszadók 74,8%-a, szénsavas vizet 34,2%, szénsavas üdítőt 14,4%, bolti gyümölcslevet 18,5%, házi készítésű gyümölcslevet 7,6%, energiatalt 3,4%, alkoholtartalmú italt 0,9%.

A sportolási szokásokat két kérdéssel vizsgáltuk. Az első kérdés a heti sport mennyiségére kérdezett rá: „Hány órát tölt egy hét alatt sportolással (Intenzív testmozgás, kipirulással, verítékezéssel jár.)?” Nem sportol egy órát sem az alacsony munkastresszesek 50%-a, a magas munkastresszesek 57,7%-a. Hetente 1-2 órát sportol az alacsony munkastresszesek 34,3%-a, a magas munkastresszesek 30%-a. A többi válaszadó ennél többet mozog intenzíven hetente. A különbség a két csoport között nem jelentős ( $p=0,215$ ).

A válaszadók többségét az élvezet, kikap-

5. ábra: Saját táplálkozás megítélése (N=556)



III. táblázat: Sportolás célja a válaszadók körében (N=556)

| sportolás célja        | Stressz kategória           |                          | p     |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|
|                        | alacsony munkahelyi stressz | magas munkahelyi stressz |       |
| Élvezet, kikapcsolódás | 34,3%                       | 30,2%                    | 0,414 |
| Súlycsökkentés         | 22,5%                       | 20%                      | 0,571 |
| Stressz levezetés      | 14,7%                       | 21,8%                    | 0,108 |
| Versenyre készülés     | 1%                          | 0,7%                     | 0,730 |

csolódás célja vezérli a sportolás alkalmával, viszont a magas munkahelyi stressz csoportban második helyen a stressz levezetés szerepel megjelölt célként. Egyik állítás esetében sem találtunk jelentős különbséget a két csoport válaszai között. (III. táblázat)

### Következtetések

Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy az észlelt munkahelyi stressz szintje hogyan befolyásolja az ápolók életmódját, egészségét és alvását. A megkérdezettek válaszai alapján megállapíthatjuk, hogy a magas munkahelyi stressz a minta 81,7%-át érinti. Legnagyobb stresszforrást az elismerés, megbecsülés hiánya, valamint a munkaterhek okozzák a válaszadók munkahelyén. A magas munkahelyi stressz negatívan befolyásolja a saját egészségi állapot megítélését. A krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága független a munkahelyi stressz mértékétől, viszont elmondható, hogy a magas munkahelyi stressz csoport válaszadói körében a több krónikus betegség előfordulása több mint duplája (15,9%) az alacsony munkahelyi stressz csoporténak (6,9%). Az alkoholfogyasztás és a dohányzás gyakoriságában, valamint az elszívott cigaretta mennyiségében és az altatószedés gyakoriságában sem találtunk jelentős eltérést a két csoport válaszai között. A magas munkahelyi stressz csoport válaszadói saját bevallásuk szerint jelentősen gyakrabban fogyasztanak nyugtatót, mint a másik csoportba tartozók.

A napi alvásmennyiség megítélésében jelentős különbség mutatkozott a két csoport válaszai között. Elmondhatjuk, hogy a többség mindkét csoportban naponta 6-7 órát alszik, de a magas munkastresszesek 24,4%-a

csupán napi öt, vagy annál kevesebb órát, szemben a másik csoport 6,9%-ával. A magas munkahelyi stressz negatívan befolyásolja az alvásminőség megítélését. Az alacsony munkahelyi stressz csoportba tartozók szignifikánsan jobbnak ítélik meg alvásuk minőségét. Az alacsony munkahelyi stressz csoportban a nyugodt alvás és a kipihent ébredés szerepel szignifikánsan gyakrabban az alváskörülményeket vizsgáló kérdés válaszai között, míg a magas munkahelyi stressz csoportban a többszöri felébredés és a fáradt ébredés szerepel jelentősen gyakrabban. A válaszadók jelentős összefüggést látnak a munkahelyi stressz és a saját alvásproblémájuk között.

Az észlelt munkahelyi stressz szintje a napi étkezésszámot és a saját táplálkozási szokások megítélését is negatívan befolyásolja. A BMI kategóriák megoszlásában nem volt jelentős eltérés a két csoport között, de figyelemre méltó eredmény, hogy a minta 64,4%-a 25 feletti BMI-vel rendelkezik. Naponta történő zöldség és/vagy gyümölcs, valamint teljes kiőrlésű gabonából készült péksütemény fogyasztás nem jelentős mértékben ugyan, de az alacsony munkahelyi stressz csoport válaszadói között fordult elő gyakrabban. Ők ítélték meg jelentősen nyugodtabbnak és egészségesebbnek saját táplálkozásukat, viszont jellemző rájuk a sok zsíros, fűszeres étel fogyasztása is. A magas munkahelyi stresszel küzdő csoportra inkább a rendszertelen és kapkodó étkezés jellemző. A napi folyadékfogyasztás mennyiségében sem mutatkozott jelentős eltérés a két csoport válaszai között, és megállapítható, hogy a minta túlnyomó többsége szénsavmentes vizet/csapvizet fogyaszt a leggyakrabban.

A válaszadók többsége (56,3%) nem sportol egyáltalán, a heti sport mennyiségében

nincs szignifikáns különbség a két csoport között. A válaszadók többségét az élvezet, kikapcsolódás célja vezérli a sportolás alkalmával, viszont a magas munkahelyi stressz csoportban második helyen a stressz levezetés szerepel megjelölt célként. Jelen kutatás eredményei ellentétesek Zapka és mtsai. eredményeivel (194 ápolót vizsgáltak), mivel ők azt kapták felmérésük eredményeként, hogy azok az ápolók, akik stresszesnek ítélik meg munkájukat, jelentősen gyakrabban fogyasztanak zöldséget és gyümölcsöt, és több testmozgást végeznek. (Zapka et al., 2009)

Összességében megállapítható, hogy az

általunk vizsgált ápolók esetében a munkahelyi stressz magas szintje a táplálkozásra, az alvásra és a saját egészségi állapot értékelésére van negatív hatással.

### Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetének, valamint Csongrád Megyei Területi Szervezetének, hogy lehetővé tették a kérdőív megjelenését közösségi oldalukon. Köszönjük továbbá a kérdőívet kitöltő kollégáknak, hogy válaszaikkal hozzájárultak a kutatás megvalósulásához.

## Irodalomjegyzék

1. Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor. *Nővér*, 20 (6), 3-13.
2. Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N.K., Gerber, H. (2002). Time control, catecholamines, and back pain among young nurses. *Scandinavian Journal of Working and Environmental Health*, 28 (6), 386-393. doi:10.5271/sjweh.690
3. Fritz, P. (2011). *Mozgásos rekreáció – rekreáció mindenkinél I.* Bába Kiadó, Szeged.
4. Kang, M.G., Koh, S.B., Cha, B.S., Park, J.K., Baik, S.K., Chang, S.J. (2005). Job stress and cardiovascular risk factors in male workers. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 40 (5), 583-588. doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.018
5. Lie, J-A.S., Kjaerheim, K. (2003). Cancer risk among female nurses: a literature review. *European Journal Cancer Prevention*, 12 (6), 517-526. doi:10.1097/01.cj.0000102804.33147.cc
6. Maytum, J.C., Heiman, M.B., Garwick, A.W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (4), 171-179. doi:10.1016/j.pedhc.2003.12.005
7. McNeely, E. (2005). The consequences of job stress for nurses health. Time for a check-up. *Nursing Outlook*, 53 (6), 291-299. doi:10.1016/j.outlook.2005.10.001
8. Onciul, J. (1996). ABC of work related disorders: stress at work. *British Medical Journal*, 313 (7059), 745-748. doi:10.1136/bmj.313.7059.745
9. Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Legis Medicinae*, 11 (4), 318-325.
10. Roberts, R., Grubb, P.L., Grosch, J.W. (2012). Alleviating Job Stress in Nurses. <http://www.medscape.com/viewarticle/765974> Hozzáférhető 2015-03-07
11. Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12 (3), 136-142. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x
12. Sveinsdóttir, H., Biering, P., Ramel, A. (2005). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (7), 875-889. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002
13. Szabó, N., Hegedűs, K., Szabó, G., Kopp, M. (2008). Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21 (1), 10-17.
14. Williams, S., Cooper, C.L. (1998). Measuring Occupational Stress: Development of the Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4), 306-321. doi:10.1037/1076-8998.3.4.306
15. Zapka, J.M., Lemon, S.C., Magner, R.P., Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 853-860. doi:10.1111/j.1365-2834-2008-00923.x

# Ápoló hallgatók komplementer medicinával kapcsolatos attitűdje, tudása és tapasztalata

SÁRVÁRY Andrea PhD, HAJDÚNÉ DEMCSÁK Lívია, RADÓ Sándorné, SÁRVÁRY Attila PhD

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A komplementer és alternatív medicinával kapcsolatos attitűd, tudás és tapasztalat felmérése ápoló hallgatók körében.

**Vizsgálati módszer és minta:** A felmérés 171 (57 nappali és 114 levelező tagozatos) ápoló hallgató bevonásával saját fejlesztésű önkitöltős kérdőív alkalmazásával készült keresztmetszeti kutatás.

**Eredmények:** A hallgatók attitűdje a komplementer medicinával kapcsolatosan pozitív. A legismertebb terápiák a következők: masszáz, gyógynövény-terápia, akupunktúra, homeopátia, relaxáció és meditáció. A gyógynövény-terápiát, a masszázst és a homeopátiát próbálták már ki a legtöbben, és többségük hatékonynak találta. A nappali tagozatos hallgatók elsősorban az internetről, míg a levelezős hallgatók különböző képzésformák keretén belül szereztek ismereteiket az alternatív gyógymódról. A hallgatók többsége szerint szükséges és hasznos lenne az alternatív medicina egészségügyi ellátásba és felsőoktatásba történő integrációja.

**Következtetések:** Az alternatív gyógymódok felsőoktatásba történő integrációjával az ápoló hallgatók megbízható ismeretekre tehetnének szert, mely munkájukat hatékonyabbá tehetné.

**Kulcsszavak:** komplementer és alternatív medicina, attitűd, tudás, ápoló hallgatók

**Nurse student's attitude, knowledge and experience related to complementary medicine**

Andrea SÁRVÁRY PhD, Lívია HAJDÚNÉ DEMCSÁK, Sándorné RADÓ, Attila SÁRVÁRY PhD

### Summary

**Aim of the research:** Investigating nurse students' attitude towards complementary and alternative medicine and their knowledge of and experience with it.

**Research and sampling methods:** 171 Hungarian nurse (57 full time and 114 part time) students participated in our cross-sectional study using a self-administered questionnaire.

**Results:** Nurse students' attitude towards alternative medicine is positive. The most known alternative methods were massage, herbal medicine, acupuncture, homeopathy, relaxation and meditation. The most used practices were massage, herbal medicine and homeopathy and found them efficient. Full time students used the Internet and part time students used education as information sources. Most students agreed that the integration of alternative methods into health care would be effective, and it should be taught in higher education.

**Conclusions:** Nursing student would get reliable knowledge by integrating alternative medicine into higher education system and it takes their work more effective.

**Key words:** complementary and alternative medicine, attitude, knowledge, nurse students

Érkezett: 2015. június 23. Elfogadva: 2015. augusztus 31.

SÁRVÁRY Andrea PhD főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Pszichológia Tanszék

HAJDÚNÉ DEMCSÁK Lívია gyakorlati oktató, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék

RADÓ Sándorné gyakorlati oktató, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék

SÁRVÁRY Attila PhD főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék

Levelező szerző (correspondent): SÁRVÁRY Andrea, elérhetőség: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4. telefon: +3630/309-8252, email: sarvary.andrea@foh.unideb.hu

## Bevezetés

A komplementer és alternatív medicina (CAM), mint a hagyományos orvoslás kiegészítője mára már elfogadottá vált Európában és a világ fejlett országaiban. Európában jelentős kereslet mutatkozik ezen eljárások iránt, felmérések szerint a felnőtt lakosság 20–70%-a használta már a CAM valamilyen formáját betegségek megelőzésére vagy kezelésére (Astin et al., 1998; Barnes et al., 2008; Büssing et al., 2011; Fisher & Ward 1994; Veeramah & Holmes, 2000; Tan & Mak, 2015). Magyarországon a CAM használatával kapcsolatban viszonylag kevés adat áll rendelkezésre, az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) eredményei szerint a felnőtt lakosság kb. 3–6%-a találkozott az adatfelvételt megelőző 12 hónapban természetgyógyással (OLEF2000, OLEF2003). Ezek az adatok azonban nem tartalmazzák azokat a CAM eljárásokat, amiket megelőzésre vagy öngyógyításra használtak az emberek, illetve az orvos vagy más egészségügyi dolgozó által nyújtott CAM kezeléseket sem. Ezek az adatok tehát jelentősen alulbecslik a magyar lakosság tényleges CAM használatát.

A betegek kezelése során elsősorban orvosok, ápolók, szülész-nők találkozhatnak olyan kérdésekkel, amelyek az egyes CAM eljárások alkalmazhatóságára, hatékonyságára vonatkoznak. Ahhoz, hogy a felmerülő kérdésekre adekvát módon tudjanak válaszolni, fontos, hogy megfelelő alapszemlétekkel rendelkezzenek a leggyakrabban alkalmazott CAM terápiákról. A betegek CAM-mal kapcsolatos növekvő érdeklődését és az egészségügyi szakdolgozók részéről jelentkező képzés iránti igényt figyelembe véve számos orvos- és egészségügyi képzést folytató felsőoktatási intézmény integrálta képzésébe a CAM alapszemléteket mind külföldön, mind Magyarországon (Hegyi, 2010; Lee et al., 2007; Pearson & Chesney, 2007). Az ápolóképzés tekintetében az American Association of Colleges of Nursing által 1998-ban kiadott ápolói alapkompenciák és az ápolóképzés kurrikulmánának alapvető elemei között szerepel „a komplementer eljárásokkal és a használatukkal kapcsolatos tudás fejlesztése az egészség megőrzésében/

fejlesztésben”, illetve „a tradicionális és a komplementer egészségügyi ellátási gyakorlatok integrálásának kiértékelése” (Booth-Laforce et al., 2010). A CAM ismeretek beépítése a kurrikulumba egyértelműen növelte a hallgatók CAM iránti érdeklődését és tudását (Booth-Laforce et al., 2010).

Az ápoló hallgatók és ápolók CAM-mal kapcsolatos attitűdjét, ezzel kapcsolatos ismereteit és a CAM használatát nemzetközi szinten több országban is vizsgálták már (Halcón et al., 2003, Shorofi & Arbon, 2010). A felmérések eredményei szerint az ápoló hallgatók attitűdje alapvetően pozitív volt, bár egy vizsgálat szerint a nappali tagozatos BSc hallgatók attitűdje kevésbé volt pozitív, mint a végzett hallgatóké (Halcón et al., 2003) és az ápolók egy része annak ellenére, hogy használta a CAM bizonyos típusát, általában hiányosnak érezte a CAM-mal kapcsolatos tudását (Shorofi & Arbon, 2010). Az ápoló hallgatók leggyakrabban a hideg/meleg terápiát, a masszázst és a mozgást használták betegellátásban vagy ajánlották a betegeknek (Çamurdan & Gül, 2013).

A CAM oktatásának integrálása a felsőoktatási egészségügyi képzésekbe viszonylag korán elkezdődött Magyarországon, hiszen 1987-ben a Semmelweis Egyetemen elkezdődött a Tradicionális Kínai Orvoslás oktatása. Az első Komplementer Medicina Tanszék a Pécsi Tudományegyetemen 2008-ban jött létre (Hegyi, 2010). Az Orvostudományi Egyetemeken – így a Debreceni Egyetemen is – az 1990-es évek végén szabadon választható kurzusok formájában került bevezetésre a CAM bizonyos módszereinek oktatása. A Debreceni Egyetemen 2015-ben jött létre az első európai Ajurvéda Intézet és Tanszék, ami tovább színesíti a CAM módszerek oktatásának palettáját mind a graduális, mind a posztgraduális képzésben. A CAM oktatásának integrálása a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar oktatásába már szintén megvalósult, hiszen a hallgatók 1995 óta szabadon választható kurzus formájában felvehetik a „Komplementer medicina alapjai” és az erre épülő „Komplementer medicina gyakorlata” tárgyakat.

Magyarországon az ápoló hallgatók CAM-mal kapcsolatos attitűdjét, ismereteit feltáró, átfogó jellegű felmérés eddig még nem ké-

szült, ezért kutatásunkkal ezt a hiányt igyekeztünk pótolni.

## A kutatás célja

Jelen vizsgálatunk alapvető célja az volt, hogy feltárjuk az ápoló hallgatók attitűdjét a komplementer és alternatív medicinával kapcsolatban. Célunk volt továbbá annak felmérése, hogy a különböző alternatív módszerekről mennyit tudnak a hallgatók, és ez a tudásuk honnan származik. Szerettük volna megtudni azt is, hogy a megkérdezettek milyen alternatív gyógymódokat alkalmaztak már, és azok mennyire voltak hatásosak. Végül fontosnak tartottuk annak feltárását, hogy az ápoló hallgatók mit gondolnak az alternatív medicina egészségügyi ellátásba történő integrációjáról, hogyan vélekednek annak az orvos- és egészségtudományi képzéseket folytató felsőoktatási intézményekben való oktatásáról, valamint hogyan értékeli a Komplementer Medicina kurzust.

## Anyag és módszer

Kutatásunkat a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán BSc vagy MSc képzésben tanuló nappali és levelező tagozatos ápoló hallgatók körében végeztük egy részben saját fejlesztésű önkitöltős kérdőív alkalmazásával. Az adatfelvétel hatékonyságának növelése érdekében a kérdőív Eva-sys online verzióját alkalmaztuk. Az adatfelvételt az oktatók szervezték a szemináriumok idejére, amikor a hallgatók számára a számítógépek elérhetők voltak. Az oktatók a kérdőív kitöltése előtt röviden elmondták a kutatás célját, és biztosították a kitöltők anonimitását. Az adatokat az SPSS 22.0 programjával elemeztük. Korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan (pl. Harris et al, 2006; James & Bah, 2014), minden Likert skála alkalmazásánál az összes egyetértést kifejező választ pozitív válaszként, és az összes egyet nem értést kifejező választ negatív válaszként csoportosítottunk. Például a „kicsit egyetértek”, „közepesen értek egyet” és a „teljes mértékben egyetértek” (a Likert skálán 5. 6. és 7. értékek) válaszokat összevontuk. Gyakorisági megoszlásokat, ke-

reszttábla-elemzést, T-próbát, valamint Khí-négyzet-próbát végeztünk. Öt százalékos szignifikancia szinttel dolgoztunk.

Kérdőívünkben az alternatív gyógyítást a következőképpen definiáltuk: „olyan gyűjtőfogalom, melynek körébe minden olyan gyógymód besorolható, amely nem tartozik a hagyományos orvoslásba. Olyan kezelési formákat és egészségügyi gyakorlatokat foglal magában, amelyeket a legtöbb orvosi egyetemen nem tanítanak, nem alkalmaznak kórházakban, a biztosítótársaságok nem térítik a költségeit, és jelentős részük orvosi diploma nélkül is gyakorolható.”

Az irodalmi áttekintés elvégzése után a következő 22 CAM terápiát választottuk ki: Hagyományos Kínai Orvoslás, Áyurveda, akupunktúra, homeopátia, naturopátia, meditáció, relaxáció, biofeedback, hipnoterápia, agykontroll, mágnes-terápia, Reiki, Prána-nadi, terápiás érintés, kineziológia, masszázs, csontkovácsolás, akupresszúra, oszteopátia, reflexológia, gyógynövény-terápia, nem-gyógynövényi eredetű táplálék-kiegészítők. Ezen módszerek egy része kevésbé, másik része gyakrabban vizsgált, illetve olyanokat is kiválasztottunk, melyek Magyarországon népszerűek.

### A kérdőív a következő részekből állt:

1. Attitűd a CAM módszerekkel kapcsolatban,
2. a CAM módszerekről való tudás,
3. a CAM módszerekről való tudás forrása,
4. a CAM módszerek kipróbálása és észlelt hatékonysága,
5. a CAM módszerek integrációja a felsőoktatásba és az egészségügyi ellátásba,
6. a Komplementer Medicina kurzus értékelése,
7. demográfiai adatok (nem, életkor, tagozat stb.)

Nyolc diákot vontunk be az elővizsgálatba, melynek során arra voltunk kíváncsiak, hogy mennyire érthetőek a kérdések és mennyi idő szükséges a válaszadásra. A tapasztaltak alapján néhány apró módosítást végeztünk.

### Attitűd a CAM módszerekkel kapcsolatban

A hagyományos és alternatív orvoslással kapcsolatos attitűd mérésére egy tétel-

listát fejlesztettük ki. Első lépésben állításokat gyűjtöttünk a megjelent publikációkból (Fadlon et al, 2008; Hussain et al, 2012), melyeket 8 személynek adtunk oda. Arra kértük őket, hogy csoportosítsák a tételeket a következő instrukció alapján: „Tegye az „A” csoportba azokat az állításokat, melyek tartalmával azok érthetnek egyet Ön szerint, akik inkább jellemezhetők pozitív (elfogadó) attitűddel a komplementer és alternatív gyógyítással kapcsolatosan. Tegye a „B” csoportba azokat az állításokat, melyek tartalmával azok érthetnek egyet Ön szerint, akik inkább jellemezhetők negatív (elutasító) attitűddel a komplementer és alternatív gyógyítással kapcsolatosan. Tegye a „C” csoportba azokat az állításokat, melyek tartalmával azok érthetnek egyet Ön szerint, akik inkább jellemezhetők semleges attitűddel a komplementer és alternatív gyógyítással kapcsolatosan.” A bírálók véleményei és indoklása alapján néhány tételt átfogalmaztunk. A végleges listába azok az állítások kerültek, melyeket mind a nyolc szakértő elfogadó (pozitív) vagy elutasító (negatív) attitűdöt leírónak tartott.

A skála 12 tételt (7 elfogadó és 5 elutasító) tartalmaz. A vizsgált személyeknek 7 fokú Likert skálán kellett jelezniük egyetértésük mértékét (1= egyáltalán nem értek egyet, 7= teljesen egyetértek). A skála belső megbízhatósága magas (Chronbach = 0,821), tehát az eszköz alkalmas a válaszadók attitűdjének mérésére.

#### A CAM módszerekről való tudás

A vizsgált személyeket arra kértük, hogy a következő válaszkategóriák alapján jelezzék, mennyit tudnak a megadott 22 CAM terápiáról: 1= semmit, 2 = nagyon keveset, 3 = valamennyit, 4= sokat.

#### A CAM módszerekről való tudás forrása

A vizsgált személyeket arra kértük, hogy jelöljék meg, hogy milyen forrásból származik a komplementer és alternatív orvoslással kapcsolatos tudásuk (többet is megjelölhettek). A válaszkategóriák a következők voltak: „tudományos folyóiratok vagy könyvek”; „TV vagy rádió”; „internet”; „más személyek” (családtag, rokon, ismerős stb.); „újság” (napilap, havilap, magazin); „képzés” (iskolarendszerű, továbbképzés, tanfolyam); „társzaktárak”.

#### A CAM módszerek kipróbálása és észlelt hatásossága

A vizsgált személyektől azt kértük, hogy jelöljék meg az(oka)t a CAM terápiá(ka)t, amelye(ke)t már kipróbáltak, valamint jelöljék egy hétfokú skálán, hogy az/azok mennyire bizonyult(ak) hatásosnak (1 = teljesen hatástalan volt, 7 = teljes mértékben hatásos volt).

#### A CAM módszerek integrációja a felsőoktatásba és az egészségügyi ellátásba

A vizsgálati személyeknek egy hétfokú skálán kellett bejelölniük, hogy mennyire értenek egyet a CAM technikák oktatásba és egészségügyi ellátásba történő integrálásával kapcsolatos négy állítással (1= egyáltalán nem értek egyet, 7= teljesen egyetértek).

#### A Komplementer Medicina kurzus értékelése

A vizsgált személyeket arra kértük, jelöljék (igen/nem), hogy részt vettek-e a Komplementer Medicina kurzuson, valamint egy 7 fokú skálán jelöljék, hogy mennyire tartották azt hasznosnak (1 = egyáltalán nem volt hasznos, 7 = teljes mértékben hasznos volt). Továbbá arra kértük őket, hogy jelezzék, szerintük milyen oktatási formában lenne célszerű tanítani ezt a tárgyat: szabadon választott, kötelezően választható, kötelező.

## Eredmények

Vizsgálatunkban 171 ápoló hallgató (Ápolás és Betegellátás Alapszak ápoló szakirány = 157 fő, Ápolás mesterszak = 14 fő) vett részt (válaszarány: 58,2%, 171/294). Közülük 57 fő (33,3%) tanult nappali és 114 fő levelező (66,7%) tagozaton (férfi = 17 fő, 9,9%, nő = 154 fő, 90,1% nő). A résztvevők átlagéletkora 31,19 év (nappali hallgatók = 21,69 év, levelező hallgatók = 38,32 év) volt (19-53 év). A Komplementer Medicina kurzust 113 fő (66,1%) vette fel: 33 fő nappali (57,9%) és 80 fő levelező tagozatos (70,2%).

#### **Attitűd a CAM módszerekkel kapcsolatosan**

Az ápoló hallgatók attitűdjét egyrészt a 12 tételből készített attitűdskálával, másrészt

a tételekkel való egyetértési gyakorisággal vizsgáltuk. A hallgatók attitűdje a Likert skála átlagértéke alapján pozitív ( $M=5,17$ ,  $Std=0,90$ ). Bár a levelező hallgatók átlagértéke magasabb ( $M=5,23$ ,  $Std=0,95$ ), mint a nappali tagozatosoké ( $M=5,03$ ,  $Std=0,77$ ), a különbség nem szignifikáns. A Komplementer Medicina kurzuson résztvevők átlagértéke magasabb ( $M=5,24$ ,  $Std=0,89$ ), mint a kurzust nem hallgatóké ( $M=5,01$ ,  $Std=0,94$ ), a különbség azonban nem szignifikáns.

A 12 tétellel való egyetértés elemzése szerint a hallgatók több, mint 70%-a értett egyet valamilyen mértékben azzal, hogy „az alternatív gyógyítás hasznos kiegészítője a hagyományos orvosi gyógymódoknak” (132 fő, 77,6%), „pozitív hatása van az általános egészségi állapotra” (130 fő, 76,0%), és „javulást hoz a betegek közérzetében” (121

fő, 71,2%). A válaszadók kb. 2/3-a szerint „vannak jelentős eredményei az alternatív gyógyításnak” (119 fő, 69,6%) és „az megoldást adhat azokban az esetekben, amikor a hagyományos orvoslásnak már nincsenek eszközei” (107 fő, 62,6%), és „hisznek a gyógyítás alternatív megközelítési módjában” (111 fő, 65,3%). A hallgatók kb. 1/4-e szerint azonban „az alternatív gyógyítás veszélyes lehet, mert megalapozatlanul növelheti a reményt, és csalódást okozhat” (50 fő, 29,4%), és „az eredmények többnyire a placebo hatásnak köszönhetőek” (40 fő, 23,5%). Ugyanakkor, a válaszadók csupán 9,9%-ának (17 fő) véleménye az, hogy „az alternatív gyógyítás formáit törvényileg kellene betiltani”. (I. táblázat)

Szignifikánsan több Komplementer Medicina kurzuson részt vevő hallgató hisz abban, hogy „az alternatív gyógyításnak pozitív

I. táblázat: Ápoló hallgatók egyetértése az attitűdtételekkel

| Tételek  | Egyetértés*            |                                  |                                    | p     |
|--|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------|
|  | Total, No. (%), N= 171 | Nappali hallgatók No. (%), N= 57 | Levelező hallgatók No. (%), N= 114 |       |
| Az alternatív gyógyítás hasznos kiegészítője a hagyományos orvosi gyógymódoknak.   | 132 (77,6)             | 42 (73,7)                        | 90 (79,6)                          | 0,378 |
| Hiszek abban, hogy az alternatív gyógyításnak pozitív hatása van az általános egészségi állapotra.   | 130 (76,0)             | 41 (71,9)                        | 89 (78,1)                          | 0,375 |
| Az alternatív gyógyítás javulást hoz a betegek közérzetében.   | 121 (71,2)             | 39 (69,6)                        | 82 (71,9)                          | 0,757 |
| Vannak jelentős eredményei az alternatív gyógyításnak.   | 119 (69,6)             | 38 (66,7)                        | 81 (77,1)                          | 0,557 |
| Hiszek a gyógyítás alternatív megközelítési módjában.  | 111 (65,3)             | 36 (64,3)                        | 75 (65,8)                          | 0,847 |
| Az alternatív gyógyítás megoldást adhat azokban az esetekben, amikor a hagyományos orvoslásnak már nincsenek eszközei.                     | 107 (62,6)             | 35 (61,4)                        | 72 (63,2)                          | 0,823 |
| Az alternatív gyógyítás az utóbbi években jelentősen hozzájárult a betegségek megértéséhez.  | 91 (53,2)              | 29 (50,9)                        | 62 (54,4)                          | 0,665 |
| Az alternatív gyógyítás veszélyes lehet, mert megalapozatlanul növelheti a reményt, és csalódást okozhat.                                  | 50 (29,4)              | 14 (24,6)                        | 36 (31,9)                          | 0,324 |
| Az alternatív gyógyítás eredményei többnyire a készítmények hatóanyagot nem tartalmazó alkalmazásának (ún. placebo hatásnak) köszönhetőek. | 40 (23,5)              | 16 (28,6)                        | 24 (21,1)                          | 0,277 |
| Az alternatív gyógyítást használó betegek szinte soha nem lesznek jobban csak az alternatív gyógymód alkalmazásától.                       | 31 (18,1)              | 9 (15,8)                         | 22 (19,3)                          | 0,575 |
| Az alternatív gyógyítás használatának növekvő terjedése veszélyes, mert fokozza a negatív mellékhatások lehetőségét.                       | 22 (13,0)              | 5 (8,9)                          | 17 (15,0)                          | 0,266 |
| Az alternatív gyógyítás formáit törvényileg kellene betiltani.   | 17 (9,9)               | 4 (7,0)                          | 13 (11,4)                          | 0,366 |

\*A „kicsit egyetértek”, „nagyraoszt egyetértek” és a „teljesen egyetértek” válaszok összevont százalékos értéke

II. táblázat Ápoló hallgatók tudása a CAM módszerekről

| CAM módszerek              | Mennyit tudnak?* No. (%) |                   |                     |       |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|-------|
|                            | Total<br>N = 171         | Nappali<br>N = 57 | Levelező<br>N = 114 | p     |
| Masszázs                   | 146 (86,4)               | 50 (87,7)         | 96 (85,7)           | 0,719 |
| Gyógynövény-terápia        | 127 (74,7)               | 41 (71,9)         | 86 (76,1)           | 0,554 |
| Homeopátia                 | 124 (73,4)               | 41 (71,9)         | 83 (74,1)           | 0,762 |
| Akupunktúra                | 119 (70,4)               | 43 (75,4)         | 76 (67,9)           | 0,307 |
| Relaxáció                  | 117 (68,8)               | 39 (69,6)         | 78 (68,4)           | 0,872 |
| Meditáció                  | 110 (65,5)               | 38 (67,9)         | 72 (64,3)           | 0,646 |
| Csontkovácsolás            | 93 (55,4)                | 33 (57,9)         | 60 (54,1)           | 0,635 |
| Agykontroll                | 85 (50,6)                | 26 (46,4)         | 59 (52,7)           | 0,445 |
| Táplálék-kiegészítők       | 81 (48,8)                | 23 (41,8)         | 58 (52,3)           | 0,206 |
| Akupresszúra               | 80 (48,8)                | 25 (44,6)         | 55 (50,9)           | 0,445 |
| Hagyományos Kínai Orvoslás | 80 (47,3)                | 24 (42,9)         | 56 (49,6)           | 0,412 |
| Mágnes terápia             | 69 (41,6)                | 16 (29,1)         | 53 (47,7)           | 0,022 |
| Reflexológia               | 60 (36,6)                | 22 (40,0)         | 38 (34,9)           | 0,519 |
| Hipnoterápia               | 59 (35,1)                | 18 (32,7)         | 41 (36,3)           | 0,650 |
| Naturopátia                | 46 (27,2)                | 9 (15,8)          | 37 (33,0)           | 0,017 |
| Terápiás érintés           | 41 (24,6)                | 11 (19,6)         | 30 (27,0)           | 0,295 |
| Kineziológia               | 34 (20,6)                | 10 (17,9)         | 24 (22,0)           | 0,531 |
| Ájurvéda                   | 32 (19,0)                | 6 (10,5)          | 26 (23,4)           | 0,044 |
| Oszteopátia                | 26 (15,9)                | 9 (16,1)          | 17 (15,7)           | 0,956 |
| Reiki                      | 25 (15,0)                | 8 (14,3)          | 17 (15,3)           | 0,860 |
| Biofeedback                | 20 (12,0)                | 8 (14,5)          | 12 (10,7)           | 0,474 |
| Pránanadi                  | 19 (11,3)                | 5 (8,8)           | 14 (12,6)           | 0,457 |

\*A „valamennyit tud”, és a „sokat tud” válaszok összevont százalékos értéke

hatása van az általános egészségi állapotra” (92 fő, 81,4%), mint akik nem hallgatták ezt a kurzust (38 fő, 65,5%). Továbbá, a kurzus hallgatói között szignifikánsan többen vannak, akik szerint „az alternatív gyógyítást használó betegek szinte soha nem lesznek jobban csak az alternatív gyógymód alkalmazásától” (27 fő, 23,9%), mint akik nem vettek részt a kurzuson (4 fő, 6,9%).

### CAM módszerekről való tudás

A válaszadók több, mint 80%-a válaszolta, hogy „valamennyit tud”, illetve „sokat tud” a masszázsról (146 fő, 86,4%), ezt követi a gyógynövény-terápia (127 fő, 74,7%), homeopátia (124 fő, 73,4%), akupunktúra (119 fő, 70,4%), relaxáció (117 fő, 68,8%) és a meditáció (110 fő, 65,5%). A hallgatók kb. 10% rendelkezik jelentősebb tu-

dással a biofeedbackről (20 fő, 12,0%) és a Pránanadiról (19 fő, 11,3%). Szignifikánsan többen tudnak a levelező hallgatók nappali tagozatos társaiknál a mágnessterápiákról (53 fő, 47,7% vs. 16 fő, 29,1%), a naturopátiáról (37 fő, 33,0% vs. 9 fő, 15,8%) és az Ájurvédáról (26 fő, 23,4% vs. 6 fő, 10,5%). A Komplementer Medicina kurzuson részt vevő hallgatók szignifikánsan nagyobb tudással rendelkeznek a Hagyományos Kínai Orvoslásról (60 fő, 54,1%), mint azok, akik ezt a kurzust nem hallgatták (19 fő, 34,5%). (II. táblázat)

### A CAM módszerekről való tudás forrása

A hallgatók több, mint 70%-a különböző képzésformákat (134 fő, 78,4%) és az Internetet (131 fő, 76,6%) jelölte meg az

**III. táblázat: Az alternatív gyógyítással kapcsolatos információforrás használatának gyakorisága ápoló hallgatók körében**

| Forrás   | Total, No. (%)<br>N= 171 | Nappali tagozatos hallgatók<br>No. (%)<br>N=57 | Levelező tagozatos hallgatók<br>No. (%)<br>N=114 | P     |
|--|--------------------------|--|--|-------|
| képzés (iskolarendszerű, továbbképzés, tanfolyam)    | 134 (78,4)               | 45 (78,9)                                      | 89 (78,1)  | 0,886 |
| Internet   | 131 (76,6)               | 51 (89,5)                                      | 80 (70,2)  | 0,005 |
| tudományos folyóiratok vagy könyvek                  | 100 (58,5)               | 31 (54,4)                                      | 69 (60,5)  | 0,442 |
| TV vagy rádió  | 84 (49,1)                | 25 (43,9)                                      | 59 (51,8)  | 0,330 |
| más személyek (családtagok, rokonok, ismerősök stb.) | 82 (48,0)                | 32 (56,1)                                      | 50 (43,9)  | 0,130 |
| újság (napilap, havilap, magazin)                    | 34 (19,9)                | 11 (19,3)                                      | 23 (20,2)  | 0,892 |
| társszakmák  | 16 (9,4)                 | 3 (5,3)  | 13 (11,4)  | 0,194 |

alternatív gyógyítással kapcsolatos tudása forrásaként. Ezt követik a tudományos könyvek és folyóiratok (100 fő, 58,5%), a TV és rádió (84 fő, 49,1%), más személyek (82 fő, 48,0%) és az újság (34 fő, 19,9%). Csapán 16 hallgató (9,4%) jelezte, hogy a CAM módszerekről való tudását társszakmák révén szerezte. A nappali tagozatos hallgatók az Internetet szignifikánsan gyakrabban használták információforrásként, mint a levelező hallgatók (51 fő, 89,5% vs. 80 fő, 70,2%). (III. táblázat)

#### A CAM módszerek használata és észlelt hatásossága

A hallgatók több, mint 2/3-a már kipróbálta a gyógynövény-terápiát (118 fő, 69,0%) és a masszázst (115 fő, 67,3%), és kb. 50%-uk a homeopátiát (88 fő, 51,5%) és a táplálék-kiegészítőket (83 fő, 48,5%). A válaszadók kis csoportja próbálta ki a Pránanadit (22 fő, 12,9%), a kineziológiát (21 fő, 12,3%) és a terápiás érintést (20 fő, 11,7%). Szignifikánsan több nappali tagozatos hallgató próbálta ki a relaxációt (25 fő, 43,9%), mint levelező tagozatos (31 fő, 27,2%). A levelező hallgatók között pedig többen vannak, akik kipróbálták a táplálék-kiegészítőket (64 fő, 56,6%), mint a nappali tagozatosok között (19 fő, 33,3%). A Komplementer Medicina kurzuson résztvevők között szignifikánsan többen próbálták már ki a Hagyományos Kínai Orvoslást (51

fő, 45,5%), mint akik nem vették fel ezt a tárgyat (14 fő, 25,5%). A naturopátia módszerénél hasonló különbséget találtunk a kipróbálás tekintetében a két csoport között (40 fő, 35,7% vs. 10 fő, 18,2%). (IV. táblázat)

A 22 CAM terápia közül a válaszadók több, mint fele a masszázst (108 fő, 63,2%) és a gyógynövény-terápiát (95 fő, 55,5%) tapasztalta valamilyen mértékben hatásosnak, és kb. 1/3-uk a homeopátiát (59 fő, 34,5%). A hallgatók kevesebb, mint 5 %-a tartotta hatásosnak a terápiás érintést (7 fő, 4,1%), a hipnoterápiát (8 fő, 4,7%), a biofeedbacket (7 fő, 4,1%), a Reikit (7 fő, 4,1%), az Ájurvédát (5 fő, 2,9%), a kineziológiát (6 fő, 3,5%), az oszteopátiát (4 fő, 2,3%) és a Pránanadit (5 fő, 2,9%).

#### A CAM módszerek integrációja a felsőoktatásba és az egészségügyi ellátásba

A hallgatók több, mint 2/3-a értett egyet valamilyen mértékben mind a négy integrációra vonatkozó tétellel. Szignifikánsan több levelező, mint nappali tagozatos hallgató tartja szükségesnek az „alternatív módszerek oktatását az orvos- és egészségtudományi képzéseket folytató felsőoktatási intézményekben” (84 fő, 75,0% vs. 33 fő, 57,9%). Szignifikánsan több Komplementer Medicina kurzuson részt vevő hallgató értett egyet mind a négy, integrációra vonatkozó állással. (V. táblázat)

**IV. táblázat: A CAM módszerek kipróbálása és azok észlelt hatásossága ápolók hallgatók körében**

| CAM módszerek              | CAM módszerek kipróbálása<br>No (%)<br>N = 171 | A CAM terápiák észlelt hatásossága *<br>No (%)<br>N = 171 |
|----------------------------|--|---|
| Gyógynövény-terápia        | 118 (69,0)                                     | 95 (55,5)   |
| Masszázs                   | 115 (67,3)                                     | 108 (63,2)  |
| Homeopátia                 | 88 (51,5)                                      | 59 (34,5)   |
| Táplálék-kiegészítők       | 83 (48,5)                                      | 38 (22,2)   |
| Hagyományos Kínai Orvoslás | 65 (38,0)                                      | 35 (20,5)   |
| Akupunktúra                | 58 (33,9)                                      | 32 (18,7)   |
| Relaxáció                  | 56 (32,7)                                      | 40 (23,4)   |
| Csontkovácsolás            | 53 (30,1)                                      | 38 (22,2)   |
| Naturopátia                | 50 (29,2)                                      | 15 (8,8)  |
| Ájurveda                   | 47 (27,5)                                      | 5 (2,9)   |
| Meditáció                  | 47 (27,5)                                      | 31 (18,1)   |
| Akupresszúra               | 39 (22,9)                                      | 19 (11,1)   |
| Reflexológia               | 37 (21,6)                                      | 14 (8,2)  |
| Oszteopátia                | 33 (19,4)                                      | 4 (2,3)   |
| Agykontroll                | 35 (20,6)                                      | 20 (11,7)   |
| Mágnesterápia              | 30 (17,5)                                      | 17 (9,9)  |
| Hipnoterápia               | 27 (15,8)                                      | 8 (4,7)   |
| Biofeedback                | 25 (14,6)                                      | 7 (4,1)   |
| Reiki                      | 25 (14,6)                                      | 7 (4,1)   |
| Pranadi                    | 22 (12,9)                                      | 5 (2,9)   |
| Kineziológia               | 21 (12,3)                                      | 6 (3,5)   |
| Terápiás érintés           | 20 (11,7)                                      | 7 (4,1)   |

\*A „kicsit hatásos”, „valamennyire hatásos” és a „teljes mértékben hatásos” válaszok összevont százalékos értéke

### A Komplementer medicina kurzus értékelése

Azon hallgatók között, akik felvették a Komplementer Medicina kurzust, 96 fő (84,9%) tartotta azt hasznosnak (nappali tagozatos hallgatók: 28 fő, 82,4%, levelező tagozatos hallgatók = 68 fő, 86,1%). Hasonló kurzust 49 fő (28,7%) szerint a jelenlegi (szabadon választható), oktatási formában lenne megfelelő tanítani. Valamivel kevesebb, 38 hallgató (22,2%) a kötelezően választható formát javasolja, míg 17 fő (9,9%) szerint kötelező tárgyként kellene oktatni ezeket az ismereteket. (67 hallgató 39,2% nem tudta megítélni ezt a kérdést.)

### Megbeszélés

Kutatásunk összegzéseként elmondhatjuk, hogy az ápoló hallgatók attitűdje a komplementer és alternatív medicinával kapcsolatosan pozitív. A hallgatók több, mint 70%-a értett egyet azzal, hogy az alternatív gyógyítás „hasznos kiegészítője a hagyományos orvosi gyógymódoknak”, „pozitív hatása van az általános egészségi állapotra”, és „javulást hoz a betegek közérzetében”. A hallgatók kb. 30%-a azonban úgy gondolja, hogy „az alternatív gyógyítás veszélyes lehet, mert megalapozatlanul növelheti a reményt, és csalódást okozhat”, és „az eredmények többnyire a placebo hatás-

V. táblázat: Ápoló hallgatók egyetértése a CAM módszerek felsőoktatásba és egészségügyi ellátásba történő integrációjáról

| Tételek   | Egyetértés*             |                                   |                                     |       |   |                      |       |
|---|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|---|----------------------|-------|
|   | Tagozatok               |                                   |                                     |       | Komplementer Medicina kurzuson részt vettek |                      |       |
|   | Total No (%)<br>N = 171 | Nappali hallgatók No. (%)<br>N=57 | Levelező hallgatók No. (%)<br>N=114 | p     | igen No (%)<br>N = 113                      | nem No (%)<br>N = 58 | p     |
| Szükségesnek tartom az alternatív orvoslás tudományos kutatását.  | 119 (70,4)              | 35 (61,4)                         | 84 (75,0)                           | 0,067 | 86 (76,8)                                   | 31 (57,4)            | 0,010 |
| Hasznosnak tartanám az alternatív orvosi módszerek integrálását az egészségügyi ellátásba.  | 118 (69,4)              | 36 (63,2)                         | 82 (72,6)                           | 0,209 | 88 (78,6)                                   | 28 (50,9)            | 0,000 |
| Szükségesnek tartom az alternatív orvoslás oktatását az orvos- és egészségtudományi képzéseket folytató felsőoktatási intézményekben. | 117 (69,2)              | 33 (57,9)                         | 84 (75,0)                           | 0,023 | 86 (76,8)                                   | 29 (52,7)            | 0,002 |
| Csak az olyan alternatív orvoslási módszerek oktatását tartom szükségesnek, amelyek tudományosan megalapozottak.                      | 112 (65,9)              | 38 (66,7)                         | 74 (65,5)                           | 0,878 | 84 (75,0)                                   | 26 (47,3)            | 0,000 |

\*A „kicsit egyetértek”, „nagyraért egyetértek” és a „teljesen egyetértek” válaszok összevont százalékos értéke

nak köszönhetőek”. Ugyanakkor, csupán a válaszadók kevesebb, mint 10%-a véli úgy, hogy „az alternatív gyógyítás formáit törvényileg kellene betiltani”. Ezek az eredmények egyrészt a hallgatók kritikai szemléletét tükröz(het)ik, ami mindenképpen öröndetes, másrészt azonban azt is mutat(hat)ják, hogy bizonyos módszerekről vagy azok tudományos megalapozottságáról keveset, vagy semmit sem tudnak.

Bár a magyar ápoló hallgatók attitűdje pozitív a komplementer és alternatív medicinával kapcsolatosan, a külföldi kutatási eredmények jelentősen kedvezőbb viszonyulást mutattak (Halcón et al., 2003). Ennek több oka is lehet, így pl. az, hogy Magyarországon a szocializmus idején a komplementer medicinát tiltották, és a rendszerváltás után is sok vita folyt arról, hogy kik és hogyan folytathatnak természetgyógyászati beavatkozásokat, kezeléseket. Bár a törvényi szabályozás elfogadása 1997-ben megtörtént (40/1997. (III.5) Korm. rend.; 11/1997. (V. 28.) NM rend.), sokan azonban továbbra is

képesítés nélkül vagy államilag nem elismert képesítéssel folytatnak praxist, ami sok esetben vezetett hatástalan kezeléshez. Bár 1997 óta sokat javult a helyzet, a hallgatókban kialakulhatott egy egészséges szkeptizmus a CAM módszerekkel szemben.

Eredményeink szerint a válaszadók több mint 2/3-a rendelkezik jelentősebb elméleti tudással a masszázsról, a gyógynövényterápiáról, a homeopátiáról, az akupunktúráról, a relaxációról és a meditációról. A legtöbb hallgató a gyógynövény-terápiát, a masszázst és a homeopátiát már ki is próbálta és többségük hatékonynak találta. Korábbi vizsgálatok egyrészt megerősítik, hogy ezek a leggyakrabban kipróbált CAM módszerek (Akan et al, 2012; Hussain et al, 2012; James & Bah, 2014), valamint, hogy a leggyakrabban kipróbált terápiákat észlelik a leghatásosabbnak (Awad et al, 2012; Hopper & Cohen, 1998; Hussain et al, 2012). A hallgatók közel fele számolt be arról, hogy további 6 CAM módszerről (csontkovácsolás, agykontroll, táplálék-kiegészítők,

Hagyományos Kínai Orvoslás, akupresszúra, mágnes terápia) van alaposabb ismerete.

A hallgatók több, mint 70%-a különböző képzésformákon és az interneten keresztül szerezte az alternatív gyógyítással kapcsolatos ismereteit. Egy külföldi vizsgálathoz hasonlóan a nappali tagozatos hallgatók az internet jelölték meg leggyakrabban a CAM-mal kapcsolatos tudásuk információforrásaként (Hasan et al, 2011), míg a levelezősök inkább a különböző képzésformák keretén belül sajátították el ismereteiket. A két tagozat közötti különbség egyértelműen a generációs különbségből adódik, hiszen a fiatalabb generáció ma már elsősorban az internetről tájékozódik. Jó hír azonban, hogy a válaszadók több mint fele tudományos könyveket és folyóiratokat is megjelölt forrásként.

A hallgatók több, mint 2/3-a szükségesnek tartaná az alternatív orvoslás tudományos kutatását és a tudományosan megalapozott módszerek oktatását az orvos- és egészségtudományi képzéseket folytató felsőoktatási intézményekben, valamint hasznosnak tartanák az alternatív módszerek egészségügyi ellátásba történő integrációját. Ezeket az eredményeket megerősítik a külföldön végzett vizsgálatok (Akan et al, 2012; James & Bah, 2014; Tiralongo & Wallis, 2008). Szignifikánsan több levelező, mint nappali tagozatos hallgató tartja szükségesnek az „alternatív módszerek oktatását az orvos- és egészségtudományi képzéseket folytató felsőoktatási intézményekben”.

A Komplementer Medicina kurzuson részt vett hallgatók attitűdje nem tér el azokétól, akik nem vették fel ezt a tárgyat, de többen hisznek közülük az alternatív gyógy módok általános egészségi állapotra való pozitív hatásában. Érdekes módon a kurzus hallgatói között szignifikánsan többen vannak, akik szerint „az alternatív gyógyítást használó betegek szinte soha nem lesznek jobban csak az alternatív gyógy mód alkalmazásától”, mint akik nem vettek részt a kurzuson. Ennek oka feltehetően az, hogy a kurzus oktatásában nagy hangsúlyt kap az a szemlélet, hogy a CAM módszerek a hagyományos orvoslást nem helyettesítik, hanem kiegészítik. Bár a kurzuson részt vevő hallgatók több mint 80%-a hasznosnak tartotta a tárgy oktatását, csupán a Hagyományos Kínai Orvoslásról

rendelkeznek szignifikánsan nagyobb tudással és (a naturopátia mellett) több tapasztalattal, mint azok, akik ezt a kurzust nem hallgatták. Az alternatív gyógy módok tudományos kutatásával, valamint az egészségügybe és felsőoktatásba történő integrációjával azonban szignifikánsan többen értettek egyet, mint azok a hallgatók, akik nem vették fel ezt a tárgyat. A hallgatók szerint alternatív gyógyítással kapcsolatos tantárgyat a jelenlegi szabadon választható (28,7%), vagy kötelezően választható (22,2%) formában kellene oktatni. Hasonló tárgy hallgatását csupán 10%-uk tenné kötelezővé.

Vizsgálatunknak akad néhány korlátja, melyeket az adatok értelmezésénél érdemes figyelembe venni. Az egyik probléma, hogy önbeszámoló kérdőív alkalmazása esetén különösen nagy annak a veszélye, hogy a válaszokat torzíttja a szociális kíváncsiság, amely arra készíti a megkérdezetteket, hogy válaszadásaikkal az általuk feltételezett elvárásoknak megfelelőnek tűnő válaszokat adjanak. A másik problémát a nemek aránya okozza. Mivel kutatásunkban kevés férfi hallgató vett részt, nem tartottuk célravezetőnek a nemi különbségek vizsgálatát (bár a nemzetközi kutatások egy része talált nemi különbségeket ebben a témában).

## Következtetések, javaslatok

Mivel napjainkban hazánkban is egyre népszerűbbek a különböző alternatív gyógy módok, fontos eredménynek tartjuk, hogy az ápoló hallgatók attitűdje a komplementer és alternatív medicinával kapcsolatosan enyhén pozitív. Munkájuk során az orvosok mellett az ápolók kap(hat)nak kérdéseket a betegektől a különböző alternatív gyógy módok alkalmazásáról, ezért a különböző módszerek elméleti ismerete különösen fontos lenne számukra. Az alternatív módszerek oktatása felsőfokú tanulmányaik során megbízható ismeretekhez juttatná őket, szemben az internettel, ahol sok valótlan információ is megtalálható. Öröndetes, hogy a hallgatók maguk is igénylik, hogy felsőfokú tanulmányaik során kapjanak CAM-mal kapcsolatos ismereteket.

Az ápoló hallgatók a CAM technikák egészségügyi ellátásba történő integrációjával is

egyét értettek. Mivel egyes betegségek kezelése során a bizonyítékokon alapuló CAM módszerek alkalmazása már hatékonynak bi-

zonyult a hagyományos terápia kiegészítésé-  
ként, megfontolandónak tartjuk az alternatív  
terápiák támogatásának átgondolását.

## Irodalomjegyzék

- Akan, H., Izbirak, G., Kaspar E. Ç., Kaya, Ç. A., Aydin, S., Demircan, N., ... Hayran, O. (2012). Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12:115 <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/115>
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*, 279: 1548-1553.
- Awad, A. I., Al-Ajmi, S., Waheedi, M. A. (2012) Knowledge, Perceptions and Attitudes toward Complementary and Alternative therapies among Kuwaiti Medical and Pharmacy Students. *Medical Principles and Practice*, 21:350-354. doi:10.1159/000336216
- Barnes, P. M., Bloom, B., Nahin, R. L. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report*, (12): 1-23.
- Booth-Laforce, C., Scott, C. S., Heitkemper, M. M., Cornman B. J., Lan, M. C., Bond, E. F., Swanson K. M. (2010). Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: results of integra-ting CAM into the nursing curriculum. *J Prof Nurs*, 26: 293-300. doi:10.1016/j.profnurs.2010.03.003.
- Büssing, A., Ostermann T., Heusser, P., Matthiesen, P.F. (2011). Usage of alternative medical systems, acupuncture, homeopathy and anthroposophic medicine, by older German adults. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 9: 847-56.
- Çamurdan, Ç., Gül, A. (2013). Complementary and alternative medicine use among undergraduate nursing & midwifery students in Turkey. *Nurse Educ Pract*, 13:350-4. doi:10.1016/j.nepr.2012.09.015.
- Fadlon, J., Granek-Catarivas, M., Roziner, I., Weingarten, M. A. (2008). Familiarity breeds discontent: Senior hospital doctors' attitudes towards complementary/alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, 16:212-219. doi:10.1016/j.ctim.2007.09.001.
- Fisher, P., Ward, A. (1994). Complementary medicine in Europe. *Br Med J*, 309: 107-11.
- Halcón, L. L., Chlan, L. L., Kreitzer, M. J., Leonard, B. J. (2003). Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nurs*, 19:387-97.
- Hasan, S.S., Yong, C. S., Babar, M. G., Naing, C. M., Hameed, A., Baig, M. R., ... Kairuz, T. (2011). Understanding, Perceptions and Self-use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) among Malaysian Pharmacy Students. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11:95.
- Hopper, I., Cohen, M. (1998). Complementary therapies and the medical profession: a study of medical students' attitudes. *Altern Ther Health Med*, 4: 68-73.
- Harris, I. M., Kingston, R. L., Rodriguez, R., Choudary, V. (2006) Attitudes Towards Complementary and Alternative Medicine Among Pharmacy Faculty and Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (6) Article 129.
- Hegyvi, G. (2010) A komplementer medicina színes palettája és jelenlegi helyzete Magyarországon. *Komplementer Medicina*, 3: 39-42.
- Hussain, S., Malik F., Hameed A., Ahmed, S., Riaz, H., Abbasi, N., Malik, M. (2012). Pakistani pharmacy students' perception about complementary and alternative medicine. *Am J Pharm Educ*, 76: 21. doi:10.5688/ajpe76221.
- James, P. B., Bah, A. J. (2014). Awareness, use, attitude and perceived need for Complementary and Alternative Medicine (CAM) education among undergraduate pharmacy students in Sierra Leone: a descriptive cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14:438. doi:10.1186/1472-6882-14-438
- Lee, M. Y., Benn, R., Wimsatt, L., Cornman, J., Hedgecock, J., Gerik, S., ... Haramati, A. (2007). Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies. *Acad Med*, 82: 939-45.
- Országos Epidemiológiai Központ (2002). *Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000. Kutatási jelentés*. Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.
- Országos Epidemiológiai Központ (2005). *Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2003. Kutatási jelentés. Egészségügyi ellátás igénybevétele*. Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.
- Pearson, N. J., Chesney, M. A. (2007). The CAM education program of the national education center for complementary and alternative medicine: an overview. *Acad Med*, 82: 921-926.
- Shorofi, S. A., Arbon, P. (2010). Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): a survey at five metropolitan hospitals in Adelaide. *Complement Ther Clin Pract*, 16:229-34. doi:10.1016/j.ctcp.2010.05.008.
- Tan, A. C., Mak, J. C. (2015). Complementary and alternative medicine in diabetes (CALMIND) - a prospective study. *J Complement Integr Med*, 12: 95-9. doi:10.1515/jcim-2014-0038.
- Tiralongo, E, Wallis, M. (2008). Attitudes and perceptions of Australian pharmacy students towards complementary and alternative medicine - a pilot study. *BMC Complement Altern Med*, 8:2.
- Veeramah, E. K., Holmes, S. (2000). Complementary therapy: complement or threat to modern medicine? *J R Soc Promot Health*, 120: 42-46.

# Versiva, nem öntapadó habkötszer és Curiosa gél együttes használatával szerzett tapasztalataink a krónikus sebkezelésben

BOROS Katalin Gyöngyi, Dr. TAKÁCS Tibor, VARGÁNÉ TERHES Anita, CSERNUS Mariann PhD

## Összefoglalás

*A korszerű sebkezelés csapatmunka, melyhez korszerű kötszerek, magas szintű elméleti tudás és nagyfokú elhivatottság szükséges. Esetünkben a három együttes jelenléte mellett a diabéteszes láb krónikus sebének gyógyulásáról számolnak be a szerzők. A cukorbetegség minden szövődésével küzdő betegnek gyakran az egyetlen bizalma az elhivatott személyzetben rejlik. Egy idős, látását szinte teljesen elvesztő beteg diabéteszes láb fekélye gyógyult be, a korszerű sebllátás, az érsebészeti beavatkozások hatására 11 hónap alatt. A szerzők az eset bemutatásával szeretnék alátámasztani, hogy szükség lenne mind a képzésben több időt szentelni a korszerű sebkezelésre, mind pedig a krónikus betegek pszichés vezetésének fontosságára, mindkét szakmában.*

**Kulcsszavak:** krónikus seb, nedves sebkezelés, diabéteszes láb, korszerű kötszerek

**Experiences with the combined use of Versiva, non-adhesive foam dressing and Curiosa gel in chronic wound care**

Katalin Gyöngyi BOROS, Tibor TAKÁCS MD, Anita VARGÁNÉ TERHES, Mariann CSERNUS PhD

### Summary

*Up-to-date wound care is a kind of teamwork that requires modern bandage, a high degree of theoretical knowledge and a strong sense of vocation. The authors describe the complete healing of a patient's diabetic foot ulcer with all these three factors present. Patients suffering from all the complications of diabetes can often have faith only in the dedicated medical staff. An old patient having almost lost his vision can be treated successfully for diabetic foot ulcer in the period of 11 months due to modern wound management and vascular surgery. With the presentation of this case the authors wish to emphasise the need for devoting more time to medical training concerning modern wound care, and to improve the psychological management of the affected patient.*

**Key words:** chronic wound, moist wound healing, diabetic foot, modern bandages

Érkezett: 2015. május 25. Elfogadva: 2015. szeptember 4.

## Bevezetés

A krónikus sebek etiológiájában az egyik legfontosabb a diabétesz. A diabéteszes betegek száma világszerte emelkedik. Az Amerikai Diabétesz Társaság adatai szerint

a diabétesz prevalenciája 2012-ben 29,1 millió (lakosság 9.3%-a); míg 2010-ban 25,8 millió volt (8,3%). A diabétesz incidenciája az Amerikai Egyesült Államokban 2012-ben 1,7 millió volt, a korábbi évekhez viszonyítva ez emelkedést mutat. A diabétesz melli-

BOROS Katalin Gyöngyi MSc ápoló, Szegedi Szolgáltatási Szakképző Iskola Kossuth Zsuzsanna Tagintézménye  
Dr. TAKÁCS Tibor érsebész szakorvos, Szegedi Tudomány Egyetem Szentgyörgyi Albert Klinikai Központ Sebészet  
Klinika

VARGÁNÉ TERHES Anita MSc ápoló, Szegedi Tudomány Egyetem Szentgyörgyi Albert Klinikai Központ Sebészet  
Klinika

CSERNUS Mariann PhD főiskolai docens, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék  
Levelező szerző (correspondent): BOROS Katalin Gyöngyi, elérhetőség: Szegedi Tudomány Egyetem Szentgyörgyi Albert  
Klinikai Központ Sebészet Klinika, 6720, Szeged, Szőkefalvi-Nagy Béla utca 6.

tus a vezető halálokok között a 7. helyen állt az USA-ban 2010-ben. A diabétesznek számos ismert szövődménye van. A diabéteszes betegek körében az alsó végtagon kialakuló fekély prevalenciája 7,7%, míg a nem diabéteszes betegeknél 2.8% volt. (Gregg et al., 2004)

Singh és munkatársai által készített tanulmány szerint diabéteszes betegek esetén az élettartam során 15–25%-os a rizikó arra hogy egy fekély alakul ki. (Singh, Armstrong & Lipsky, 2005)

A betegség lakosság minden korcsoportját érinti és világi szinten is emelkedőtendenciát mutat. Jelenleg 150 millióra tehető a gondozásra járók száma, de ez a létszám feltételezések szerint 2025-re eléri a 300 milliót. Magyarországi viszonylatban elmondható, hogy a nem gyógyuló sebek gyakorisága a lakosság 5–7%-át teszik ki. A folyamatos továbbképzések hatására a valóság és a megrögzött hiedelmek keveredtek. (Daróczy, 2013)

A diabéteszes láb szindróma a cukorbeteg körében retteget elváltozás, mind a beteg, mind pedig a kezelő személyzet szempontjából. A láb sebzése a cukorbeteg körében 15–20%-ban fordul elő. Ezek bőrelváltozások negyedrészt még mindig valamilyen mértékű csonkolással végződnek. (Rédling, 2013)

A krónikus sebek korszerű kezelése csapatmunka. Az ápoló csak úgy kezelhet egy sebet szakszerűen, ha ismeri annak kialakulásának patomechanizmusát, kezelésének elveit esetleges szövődményeit. A pszichés vezetés mellett a diétás tanácsok adása, az életmódi tanácsok adása nélkülözhetetlenek. <sup>1</sup> (Ignáth, 2013)

A Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikája lehetőséget ad az egészségügyi ellátásban résztvevőknek a költséghatékonyabb kezelési terápiaik és a személyközpontú ellátás érdekében az újdonságok kipróbálására.

Az érsebészeti osztályon a sebek sokrétűségével találkoztunk már. A legtöbb esetben nem csak az érszűkület, vagy a műtéti kimenetel okoz fájdalmat a betegeknek, hanem a krónikus sebek napenkénti kezelése is; a hagyományos kötszerek gyakran beleszáradnak a sebbe, mélyítik a sebalapot.

## Elméleti háttér

Az elmúlt évtizedben egyre több kongresszuson és továbbképzésen találkozhattunk a nedves sebkezelés eszközeivel, kutatásokkal és esetbemutatókkal. Mára már felismerésre került, hogy a krónikus sebek kezelésében a nedves kezelés elengedhetetlen, illetve a kötszerek, ortézisek helyes használata nélkülözhetetlen az ellátásban. Emellett rendkívüli fontossággal bír a megfelelő irányelvek kidolgozása, a konszenzus konferenciákra való aktív részvétel, kutatások, esetbemutatók, tudományos munkásságok ismertetése mind a szűkebb, mind pedig a tágabb környezettel. (Mecseky, 2014)

Winter már több mint 50 éve leírta a nedves sebkezelés alapelveit, melynek hatásaként újabb és újabb kötszerek jelentek meg a piacokon, sorra alakultak hasonló profilú cégek. Későbbiekben a kiegészítő terápiaik is előtérbe kerültek, egyre másra lehet hallani a különféle mikrocirkulációt javító kezelési módokról, szöveti oxigén ellátottságot fokozó terápiaikról, egyéb gyógyszeres kiegészítő lehetőségéről. Az ősi módszerek is újra hallatnak magukról nem kis létszámú támogatót felsorakoztatva maguk mögött (cukor, orvosi méz használata). A biosebészeti eszközök alkalmazása újból előkerült, leginkább a debridement területén (pl.: *Lucilia sericata* légy steril tenyésztett lárvái). Az új fejlesztésű vízszugárt használó mechanikai sebalaptisztító módszerek (Water jet) további lehetőséget biztosítanak a krónikus sebek teljes feltisztításához. A bőrpótló plasztikai műtétek mára teljesen megszokottá váltak. A tápláltsági állapot is sebgyógyulást befolyásoló tényező, melyre minden esetben oda kell figyelni, és cselekedni, ha szükséges. (Sugár & Hunyadi, 2014; Szokoly & Herpai, 2013)

Az említetteken kívül a teljes körű ellátáshoz elengedhetetlen, hogy a fájdalomcsillapításra, szorongásoldásra, stressz csökkentésre is időt kell szánni a kezelésekkal. Sajnos kevés figyelem fordul a további nehézségekre; a sebkezelésben az orvosnak és az ápolónak úgy kell együttműköznia, hogy csak a saját szabadidejében képzik magukat, gyakran önköltséges módon. A kötszerek ismerete, a debridement módszerek alkalmazásának elsajátítása időt igényel. A

nedves sebkezelés lényegi elemeit megtaní-  
ják az orvosi és ápolói képzésben, de sajnos  
az a tényleges cselekvéshez kevés. Ahhoz,  
hogy egy ápoló vagy orvos biztonsággal ke-  
zeljen krónikus sebet, újabb továbbképzése-  
ken kell részt vennie. Azonban ez nem fedí  
azt az igényt, mellyel naponta találkozik az  
egészségügyi személyzet. A nedves sebkeze-  
lő eszközök megfelelő használatához szük-  
séges tudást már az iskolában meg kellene  
szerezni, hogy az minél hamarabb tapasztat-  
lattá tudjon válni.

## Esetismertetés

M.S. (61 év) 2012.06.08-án jelentkezett  
első alkalommal osztályos felvételre bal láb  
II. lábujjának száraz fekélye miatt. Elmon-  
dása szerint korábban látása a cukorbeteg-  
ség miatt megromlott, ezért olykor belerúg  
az ágy vagy a szekrény sarkába. A kelet-  
kezett seb egyre gyengébb gyógyhajlamot  
mutatott, majd egyre fájdalmasabbá vált.  
Gyulladásos folyamat indult a lábhát felé,  
láza vagy hőemelkedése nem volt. A fiziká-  
lis vizsgálat során az érintett alsó végtagon  
perifériás keringés keringés csak kézi dopplerrel volt  
detektálható.

Az érintett lábujj eltávolítása után a se-  
bet nyitva kezeltük hagyományos kötszer-  
rel, ami minden alkalommal fájdalmat oko-  
zott (gyakran sírdogált a kötészcserek alkal-  
mával).

A műtét utáni negyedik napon otthonába  
távozott, lepedékes sebalappal, melynek lát-  
hatóan rossz volt a vérellátása. Bennfekvése  
alatt keringést támogató infúziós terápiában  
is részesült, otthonában antibiotikumot is  
szedett. A klinikai ambulancián naponkénti  
kötészcsere történt azonban a beteget orvos  
nem minden esetben látta.

2012. 06. 30-i ismételt ambuláns megjele-  
nésekor a kötészcsere során a sebalap lepedé-  
kes volt, bűzös váladékozással; otthonában  
lázás volt, talpa fájdalmassá vált, terhelni  
nem tudta. A III. lábujján száraz fekély ala-  
kult ki. Érsebészeti osztályos felvételtkor lába  
menthetetlennek tűnt. A kötés alatt bűzös,  
lepedékes seb tárult a szemünk elé. Ismételt  
műtét során a III. lábujjat eltávolították és  
a lábat anatómiai síkoknak megfelelően

drenálták; naponta kétszeri öblítés történt a  
gyulladás lehúzódsáig.

A drének eltávolítása után a duzzanat  
megszűnt, de a seb lepedékes maradt, né-  
hol széli elhalásokkal. Vércukra normalizá-  
lódott, korábbi emelkedett értékek (13- 20  
mmol/l) 10 mmol/l alatti tartományba ke-  
rültek.

A naponkénti kötészcserek alkalmával to-  
vábbra is fájdalmat jelzett, a hagyományos  
kötszer többször beleragadt a sebalapba. A  
sebalapból vett mintából E. coli, Enterococcus  
faecalis és Enterococcus cloacae tenyészet ki.  
Időközben korábbi járástávolsága 500 méter-  
ről 100 méterre csökkent. Érsebészeti javas-  
latra bal arteria iliaca externa (2012.07.06.),  
majd bal arteria femoralis PTA és stent beül-  
tetés is történt (2012.07.11.). Osztályos ke-  
zelése során és hazabocsátását követően is  
szekvenciális antibiotikum kezelésben része-  
sült. Naponkénti kötészcserek történtek „szo-  
ros kontrollal” a klinika ambulanciáján.

Hazabocsátását megelőző napon a sebalap  
mechanikai feltisztítása történt. Naponta  
kétszeri seböblítés alkalmával folyamatos  
fájdalomról panaszkodott, elmondása sze-  
rint nagyobb fájdalmat okoz számára a kö-  
tések cseréje, mint a kialakult sebzés, vagy  
a mobilizáció. (VAS <sup>kötészcsere után</sup> 7, VAS <sup>séta so-  
rán</sup> 2). Három napos kórházi benntartózkodás  
alkalmával csak hagyományos kötszer-  
rel történt a sebkezelés és továbbiakban is a  
naponkénti, ambulancián történő kötészcsere-  
ket helyezték előtérbe, az ápolói javaslatok  
ellenére.

2012.08.23-án ismételt osztályos felvé-  
telre érkezett keringésjavító infúziós kezelés  
céljából. A sebalap ekkor fekete szélű, erősen  
lepedékes volt, a lábhát piros, de kifejezett  
gyulladásos képet nem mutatott, vércuk-  
rai 6-9 mmol/l közötti tartományban vol-  
tak. Lába dagadt, angiográfia történt mely a  
több arteria femoralis szűkület mellett a ko-  
rábban behelyezett arteria femoralis stentben  
igazolt jelentős újraszűkülést, ezen szűküle-  
tek PTA-ja és újraszűntelése történt.

A benntartózkodás alatt azonban a talp  
felől és a külső láb élen gyulladásos jelek  
körvonalozódnak. A naponkénti kötészcsere-  
k alkalmával a sebből bűzös váladékozás  
volt megfigyelhető. A fájdalom minden eset-  
ben elérte a 7. fokozatot (VAS). Elő láb am-

putációt kellett elvégezni, de a kiterjedt gyulladás miatt a sebet nyitva kellett kezelni. A Replant Cardio helyi képviselőjét felkeresve, javaslatára Kaltostat és Zetuvit alkalmazásával sikeresen kivédtük a kötőcsere okozta fájdalmakat (VAS 5), naponkénti kötőcsere alkalmával. Hazatávozáskor a sebalap lepedékmentes, rózsaszín a talpi lebeny bár eltávolodott, gyógyhajlamot mutatott.

A korábbi „szoros kontroll” helyett otthonában házi betegápoló szolgálat segítségével naponta kötözték, hetente kétszer kontroll vizsgálatra hívtuk vissza klinikánkra járóbetegként.

2012. október végén a seb otthoni kötőzése során kisebb problémák merültek fel. Többször tapasztaltuk, hogy az otthonápoló szolgálat munkatársa a kötőszereket nem rendeltetésszerűen használta (rászáradt a sebalapra, ezzel újabb sebet alkotva; helytelen sorrendben történt a felhelyezés; nem lett eltávolítva az előző kötőszere). Többszöri jelzés alkalmával sem sikerül az otthonápolási szolgálat kötőzést végző ápolóját elérni. Egy segítő családtag betanításával és bevonásával sikerült a kötőzéseket megoldani.

2012. november elején kontrollvizsgálat alkalmával a lábháti felszínen gyulladással jelek mutatkoztak (pirosság, duzzanat, nyomás érzékenység, a sebből genny ürült). Az előláb amputációs sebe túlsarjadt, a sebalap a külső lábélnél lepedékes volt. Hőkiugrása, hőemelkedése nem volt, vércukrai 6–9 mmol/l közötti értékek között mozogtak. Ismételt osztályos felvételét követően az antibiotikumos terápia elindítása mellett a gyulladt terület drenálása történt, melyen naponta kétszeri öblítés alkalmával nagy mennyiségű genny távozott. Ekkor ismételt segítséget kértünk a Replant Cardio képviselőjétől, aki a sebkezelésre a Versiva nem öntapadó habkötőszert és Curiosa gél együttes alkalmazását javasolta; egy a számunkra még sosem próbált kombinációt. **(1. kép)**

Az első nap tapasztalatai meglepőek voltak számunkra. Első ijedtségünkre a kötés édeskés bűzös illatú volt, a kívülről is jól láthatóan teljesen átnedvesedett a kötőszere, sőt az ágynemű is szennyezetté vált. **(2. kép)**

A naponkénti kötőcsere alkalmával a korábbi lepedékek kezdtek feltisztulni. A sebszéli elhalások eltávolítására mechanikus

1. kép: A kötőszere alkalmazása előtt



2. kép: Az első alkalommal eltávolított kötés

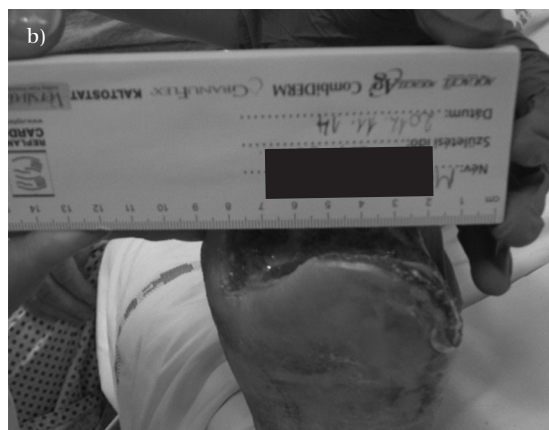
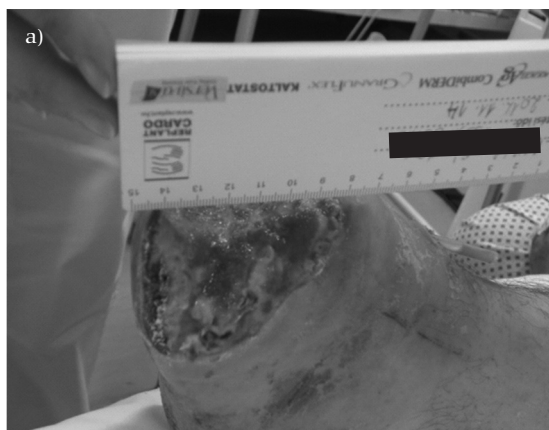


sebtisztítást alkalmaztunk. A kötőcsere során a fájdalom felmérése az eddigi legalacsonyabb eredményt érte el VAS 2. **(3. a) és b) képek)**

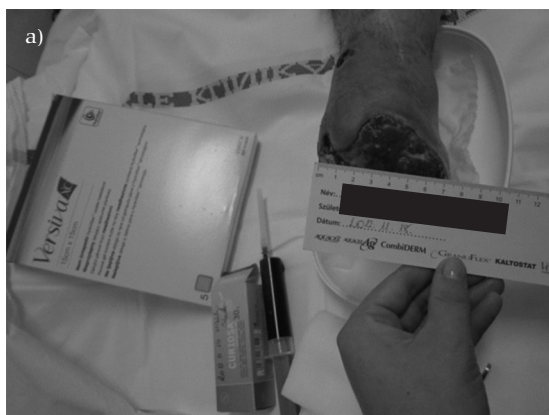
A fenti képeken láthatóan a seb legnagyobb kiterjedése 8x10 cm-es volt.

A kötőcsere során sem verbálisan, sem pedig non-verbálisan nem emelkedtek a fájdalom skála értékei. A sebalap rózsaszín színű, élénk volt, a sebszélekről a lepedék eltűnt. A kötőzések során a gél teljesen elfolyósodott és a kötőszerevel együttesen biztosította a nedves sebkörnyezetet. Az első kötőcsere alkalmával érzett édeskés-bűzös illat továbbra is megmaradt, de már nem okozott akkora megdöbbenést sem nekünk sem pedig a betegnek, illetve a családjának. A folyamatos kontrollok alkalmával a lábduzzanat

3. a) és 3. b) kép: Az első kötszer felhelyezése előtti méretek



4. a) és b) kép: A kezelés során tapasztalt méretbeli változások



folyamatosan csökkent. A végtag megmentésének esélye, a beteg életminősége, és életkilátásai egyértelműen javultak, egyre többet mesélt a láb terhelhetőségéről; a sarokra támaszkodás, mely a hónap elején még fájdalmat okozott szinte teljesen megszűnt, a legutóbbi kötéscsere alkalmával már segítség nélkül átült a vizsgáló asztalra. (2012. 11. 26.)

A alábbi képeken már látható a kötszer használata során a seb legnagyobb átmérőjének csökkenése; melyek mérését a korábbihoz képest ugyanazon síkban végeztük. (4. a) és b) képek)

Az utolsó két képen szembeutúnó változást láthatunk. Korábban jelentősen eltávolodott talpi lebeny a kötszer mechanikájának köszönhetően közeledni kezdett egymáshoz. A

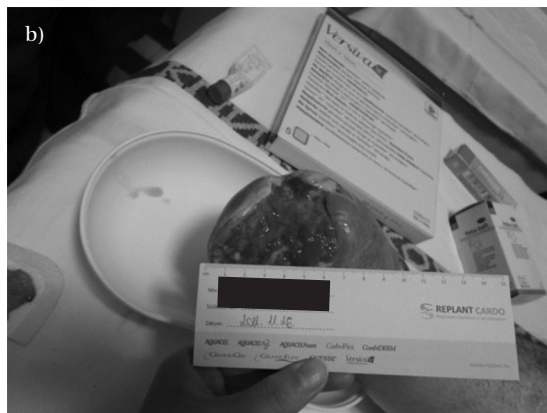
sebalap pedig egyértelmű telődést mutat. (5. a) és b) képek)

A továbbiakban a kötszer alkalmazás mellett folyamatos dokumentációval rögzítettük a gyógyulás stádiumait, és a tapasztalatainkat. (6. kép)

## Összegzés

A krónikus sebkezelésben, illetve a sebelenőrzésben mindenképpen szemléletváltás lenne szükséges. Mind a hazai, mind a nemzetközi krónikus sebkezelő guideline-ok már egyértelműen a nedves sebkezelést preferálják, ezzel párhuzamosan a hagyományos kötszerek is háttérbe szorultak. Azonban a krónikus sebek kezelése multidiszciplináris,

5. a) és b) kép: Az első napon és az utolsó napon a talpi lebeny és a sebalap változása



6. kép: 2013. május 2. az ortopéd cipő készülőben



mely a krónikus sebek sokféle etiológiáján alapul. Az irányelvek azonban ezen túl nemcsak magával a sebek és az ezt kiváltó alapbetegségek kezelésével, hanem a gyógyuláshoz szükséges egyéb a sebgyógyulást befolyásoló tényezők optimalizálásáról is nyilatkoznak.

A hagyományos kötszerek háttérbe szorítása, illetve a modern sebkezelési módszerek megfelelő elsajátítása mellett mind orvosi és mind egészségügyi szakdolgozói szinten kiemelkedő fontosságú lenne egy internet alapú központi foto-dokumentációs rendszer létrehozása. Véleményünk szerint a betegek és a kezelésében részt vevő egészségügyi személyzet egyaránt nyomon követheti a sebek állapotának alakulását, csökkentve ezzel

a szükségtelen kontrollvizsgálatok számát, mellyel a személyzet leterhelése, túlhajszoltsága is csökkenthetővé válna; a költség csökkenése mellett. A betegek oldaláról tekintve a konzultáns orvos napra kész információval rendelkezik, ami növeli a bizalmat; és személyre szabott ellátást biztosít, ami megbecsülést eredményez. A csökkenthető várakozási idő és a kevésbé leterhelt személyzet minőségileg jobb ellátást nyújthat.

Az egészségügyi dokumentáció kitöltése során fontos lenne az OEP által már 2006-ban bevezetett sebfelmérő lap alkalmazása minden krónikus seb esetén. Sajnálatos módon ez klinikai, illetve ambuláns keretek között nem valósulhat meg, azonban a sebek felméréséről legalább klinikai szintű dokumentációs rendszer alkalmazása, amelyen a seb méretein, stádiumán túlmenően kötőscserék gyakorisága és tapasztalata, az orvosi felügyelet és terápia egyaránt rögzítésre kerülne, a fájdalom menedzsmént és a tápláltság nyomon követése mellett.

A krónikus sebek kezelésére heti rendszerességgel működő krónikus sebkezelő ambulancia létrehozását tartjuk szükségesnek, ahol minden szakdolgozó és orvos (lehetőség szerint érsebész) akik krónikus sebkezelésben jártasak, mindamellett képesek a mindenkori irányelveknek lehetőségekhez mérten való alkalmazkodásához. Ezáltal lehetne biztosítani a krónikus sebek szakszerű ellátását, dokumentálását, illetve az infekciókontroll végrehajtásában is fontos szerepet játszanának. A gondozási tevékenység si-

keres végzéséhez elengedhetetlen továbbá a személyzet egymás iránti bizalma és tisztelete is.

A gondozás mellett *oktatásra (edukációs)* is szükség van. Mind az egészségügyi szakszemélyzet, mind pedig az orvosi képzés fehérfoltja az intelligens kötszerek alkalmazása, a krónikus sebbel rendelkező betegek vezetése és számukra életmódi tanácsok adása. A

kollegák, a házi beteg ápolásban tevékenkedők ismereteinek felfrissítését és bővítését elengedhetetlennek tartjuk.

Szükségesnek tartanánk továbbá olyan *konzulens személyzet* felállítását, akiknél betegeink, javaslatunkra akár soron kívül is ellátásra kerülhetnének (belgyógyász- kardiológus, bőrgyógyász diabetológus, érsebész, ortopéd szakorvos).

## Irodalomjegyzék

1. Daróczy J. (2013). Az alsó végtagon kialakult nem gyógyuló (krónikus) sebek ellátása. *Nővér*, 26 (1): 4-11.
2. Gregg EW, Sorlie P, Paulose-Ram R, et al. (2004) Prevalence of lower-extremity disease in the US adult population  $\geq 40$  years of age with and without diabetes: 1999-2000 National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care*, 27(7): 1591-1597.
3. Ignáth Gy. (2013). Krónikus lábsebek kezelési tervének szempontjai a gyakorlati tapasztalat alapján. *Nővér*, 26(1): 20- 27.
4. Mecseky L. (2014). Végtagmentés vö. daganatsebészet. *Sebkezelés-sebgyógyulás*, 1: 19- 29.
5. Rédling M. (2013). A cukorbetegség szövődményei a lábon, a diabéteszes lábsebek kezelése. *Nővér*, 26(1): 12-19.
6. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. (2005) Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*, 293(2): 217-28.
7. Sugár I., Hunyadi J. (2014). Hol tart a krónikus sebek kezelése 2014-ben?. *Sebkezelés-sebgyógyulás*, 1: 5-10.
8. Szokoly M., Herpai V. (2013). Fizikai elvek alapján működő modern eszközök használata krónikus végtagi sebek kezelésében. *IME*, 12(8): 31-35.

# Szakmai gyakorlat teszi a mestert

BURJÁNNÉ TÖRÖK Orsolya

Ez annak az Erasmus+ projektnek a címe, melynek keretében a Váci Szakképzési Centrum Selye János Egészségügyi és Szociális Szakképző Iskolájának tanulói kötelező nyári gyakorlatukat Németországban tölthetik le. A projekt Európai Unió támogatásból valósul meg.

Idén nyáron az iskola hat diákja töltötte nyári szakmai gyakorlatát Berlinben, a jövő évben pedig tíz diák élhet ezzel a lehetőséggel.

Az iskola partnerintézménye a Renafan Kft, mely közel 3000 dolgozóval és majd 5000 gondozottal Németország egyik piacvezető cége az idősgondozás területén.

A gyakorlat helyszínéül a Renafan egyik berlini időotthona szolgált. A négyszintes épületkomplexumban bentlakásos időotthon, valamint intenzív állomás működik, ezen kívül a cég ambuláns ellátást és otthoni gondozást, otthoni lélegeztetést is biztosít a rászorulóknak.

A tanulók az első héten kísérő tanárúkkal, a pályázatíró és projektkoordinátor Burjánné Török Orsolyával tartózkodtak Berlinben, majd a tanárnő hazautazása után esténként skype-on tartották a kapcsolatot. A kint tartózkodás alatt – a már több éve német nyelvet tanuló diákok – beeláthattak a németországi munkakörülményekbe és szabadidejükben megtekinthették Berlin és környékének nevezetességeit, megismerhették Berlin múltját és jelenét.

A szakmai gyakorlat első hetében főleg hospitáltak és a német egészségügyi ellátórendszerrel, valamint az intézmény felépítésével, a munkahelyi előírásokkal és a ház koncepciójával ismerkedtek meg. Az első hét után már önállóan dolgoztak. Az idős, beteg emberek fürdetését, etetését, öltöztet-

sét egyedül végezték. (1-2. kép) Az intézményben használatos eszközök, gépek kezelését hamar megtanulták és önállóan használták. A mobilizálást itthon még nem ismert, korszerű eszközökkel és gépekkel végezték, fizikai terhelés nélkül. (3-4. kép)

Péntekenként az ápolási igazgatóhelyettes vezette tanfolyamokon vettek részt. Megtanulták, miből áll az otthonban az ápolási terv, hogyan folyik az ápolási anamnézis és a dokumentáció menete. A vállalatnak Akadémiája is működik, hiszen nagy gondot fordítanak munkavállalók továbbképzésére. Tanulóinknak is lehetősége nyílt a házon belüli továbbképzéseken részt venni. Tanúsítványt kaptak a következőkről:

1. kép: Négyféle fektetési módot használnak. A fektetés során pléddel és párnákkal támasztják ki a beteget



2. kép: Vojtek Zsófia gyakorolok véralvadás gátlót ad be



BURJÁNNÉ TÖRÖK Orsolya projektkoordinátor, Váci Szakképzési Centrum Selye János Egészségügyi és Szociális Szakképző Iskola

Levelező szerző (correspondent): BURJÁNNÉ TÖRÖK Orsolya, elérhetőség: e-mail: [www.selyehszki.hu](http://www.selyehszki.hu), [humanszakkozep@vnet.hu](mailto:humanszakkozep@vnet.hu)

3. kép: Ez az egyszerű, gumiból készült eszköz forgatható. Segítségével az ápolott mobilizálása szinte gyerekjáték. Az ápoló rááll, ráállítja a beteget is úgy, hogy lábait beteszi a beteg lábai közé, és beforgatja őt a megfelelő irányba (pl. a kerekesszékekbe)



4. kép: Gurulós szék, ami test-tömegindexet mér



rangú partnerként kezeltek minket. Nem éreztették velünk, hogy mi külföldiek és gyakoronokok vagyunk.” – mondta Molnár Roxána, a másik résztvevő.

⇒ A Monika Krohwinkel féle ápolási modell megismerése és alkalmazása, mely modellt egész Németországban egységesen alkalmazzák az idősotthonokban;

⇒ Krónikus seb-ellátás, diabetes lábszindróma és azok dokumentálása;

⇒ Halottellátás. A mobilitás előtt elkezdődött a tanulók szakmai német nyelvi felkészítése. A kinti gyakorlat során szakmai szókincsük nagymértékben fejlődött.

Így nyilatkoztak a tanulók:

„Rettentően sokat fejlődtünk a mobilitás során mind szakmailag, mind nyelvi-  
leg és emberileg.” – mondta Koczó Sarolta, az egyik résztvevő.

„Mentoraink segítő hozzáállása a kezdetektől érezen-

„A minőségbiztosítást nagyon komolyan veszi a cég. Minden elő van írva, mit hogyan kell csinálni és az előírásokat be kell tartani.” – Jójárt Vivien mondta ezt, akinek a cég felajánlotta, hogy jövőre is kimehet gyakorlatra, melynek költségét a vállalat fedezi.

„Hogy mi tetszett a legjobban tanítványaimnak? A munkahelyi klíma. Valamint a modern segédeszközök, melyek nagyban megkönnyítették a munkájukat.” – összegezte tapasztalatait Burjáné Török Orsolya.

A lányok az elvárásoknak megfelelően teljesítettek, felkészítő tanáraikat és az iskola-vezetést jó érzéssel tölti el, hogy tanulók az Unió egy másik országában is megállják a helyüket.

A szakmai gyakorlat vizsgával zárult. A lányok egy általuk választott idős emberen bemutatták a tanultakat. A szakmai gyakorlatról magyar és német nyelvű Europass mobilitási bizonyítvány kaptak.

A fentiekben ismertetett projekt során a szakképzési tanulók kitekintést kaphatnak a német ellátórendszerben kiemelt hangsúllyal szerepeltetett hosszú idejű ellátás gyakorlati megvalósulásáról. Tapasztalhatták, hogy mi szükséges a biztonságos és betegközpontú ellátás biztosításához, és ezen tapasztalatokat hasznosítani tudják majd későbbi munkájuk során is a magyarországi betegellátásban.

A projekt távlati céljai között szerepel a hosszú távú együttműködés fenntartása a Renafan céggel, akik a jövőben tananyagokat és segédeszközöket biztosítanak az iskolai oktatás számára. Az iskola az Erasmus+ projektet beépíti tantervébe, szerepelni fog a pedagógiai programunkban. A külföldi szakmai gyakorlat lehetőségének a biztosításával több tanulót nyerhetünk meg magunknak, a programban való részvétel jelentősen motiválja diákjainkat, segítségével magasán kvalifikált szakembereket képezhetünk, hiszen a németországi gyakorlat során szerzett tudással tanulóink gazdagodnak és könnyebben tudnak majd elhelyezkedni a munkaerőpiacon.

# Kellő figyelmet kap-e egészségünk megőrzése utazásaink szervezése során?

TÓTH Ildikó, Dr. BEKE Szilvia

## Összefoglalás

A tanulmány fő célja, hogy preventív módon hívja fel a figyelmet mindazon tényezőkre, melyeket szükséges átgondolni egy külföldi, akár egzotikus utazás előtt, hogy a távolléte ne veszélyeztethesse olyan faktor, melyet előzetesen ki lehetett volna védeni megfelelő felkészüléssel. A kéziratban többek között bemutatásra kerül, hogy mekkora jelentősége van napjainkban a turizmusnak, melyet számadatok is alátámasztanak. Kitérnek az utazási tanácsadás körülményeire, valamint a Magyarországon napjainkban igénybe vehető védőoltásokra. Ezt követően a trópusi utazás során leggyakrabban előforduló betegségek kerülnek bemutatásra, terjedésük módja szerint, majd azok a betegségeket kerülnek részletezésre, melyek megelőzésére hatékony védőoltás áll rendelkezésre jelenleg hazánkban is. A tanulmány gyakorlati részében az utazók körében végzett kérdőíves felmérés (N=164) és a Nemzeti Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv vezetőjével készített interjú eredményei olvashatóak, melyek egyben megalapozták a legfontosabb következtetéseket és javaslatokat.

**Kulcsszavak:** utazás egészségügy, egészségi állapot, fertőző betegségek, védőoltások

**Does the optimal attention has preserving of the our health during organizing of the our travell?**

Ildikó TÓTH, Szilvia BEKE PhD

### Summary

The study aims to show the relationship between health and travel. Most people do not even count during the journey the possibility of disease, which was confirmed during the research. The study shows the most common illnesses and vaccinations. Henceforth we review the travel health tasks. During the authors's research questionnaire survey was carried out by 164 persons filled out. The responses confirmed that during our travels our health in need background. Our aim was to raise awareness of what individuals and health care are important.

**Key words:** travel medicina, status of health, infectious diseases, vaccination

Érkezett: 2015. augusztus 25. Elfogadva: 2015. szeptember 10.

## Bevezetés

Az utazás, mint jelenség, már az őskorban is jelen volt az emberiség történetében, hiszen az életben maradáshoz szükséges volt az emberek folyamatos vándorlása, hogy élelemhez jussanak. Később, ahogy az emberi populáció növekedett, a népvándorlás és a háborúk is hozzájárultak a tömegek helyváltoztatásához. A háborúkban pedig nem feltétlen a csaták kimenetele játszott dön-

tő szerepet, hanem sok esetben a különböző járványok pusztítása.

## Irodalmi áttekintés

Ha a viszonylag közelmúltat vizsgáljuk, akkor világosan látszik, hogy a 20. században, annak is a második felétől hatalmas mértékben megnőtt az utazások, illetve ezzel együtt az utazók száma is. Habár a globá-

TÓTH Ildikó recepció; Eston International Zrt

Dr. BEKE Szilvia főiskolai docens; Szent István Egyetem Gazdasági, Agrár- Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Intézet

Levelező szerző (correspondent): Dr. BEKE Szilvia, elérhetőség: Szent István Egyetem Gazdasági, Agrár- Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Intézet Gyula, 5700 Szent István u. 17-19, Tel.: +36-30/903-4945, e-mail: beke.szilvia@gk.szie.hu

lis világgazdasági válság még napjainkban is tart, az utazások száma egy kisebb megtorpanást követően újra növekedő tendenciát mutat. A 2011. év statisztikái szerint minden célországban nőtt az idegenforgalom, ráadásul majdnem minden országban a turizmus volt az egyik fő húzóágazat. (Felkai, 2011a)

Az IPK (International Tourism Consulting Group) nemzetközi kutatóintézet minden évben kutatást végez a kiutazó turizmussal kapcsolatban. A 2013. évi felmérés alapján 952 millió utazást regisztráltak, ebből több, mint 50 millió a trópusi országokba látogatók száma. („952 millió utazás világszerte”, 2014) Ha a magyarországi adatokat nézzük, ma már több, mint százezer ember utazik valamilyen egzotikus célterületre hazánkból.

Egy felmérés szerint az utazók motiváltsága az orvos felkeresését és a szakszerű tanácsadás igénybevételét illetően csupán 26-48%-os. Ez az arány több okból kifolyólag ilyen alacsony. Valószínűleg az idő- és a pénzhiány játszanak ebben legnagyobb szerepet. Ugyanakkor a nemzetközi adatok szerint mégis a házi orvosok azok Európában, akik a utazási orvostani tanácsok nagy részét végzik. Külföldi adatok rámutatnak arra a tényre is, hogy egy házi orvos átlagosan 4 olyan pácienset lát el hetente, akik konkrétan az utazási problémák elkerülése miatt keresik fel az orvosukat és kérnek tőle tanácsot.

„Az utazási tanácsadás hatékonyságát figyelembe véve a sikeres tanácsadásnak három feltétele van:

- ⇒ az utazó motivált legyen a tanácsadás igénybevételére,
- ⇒ a tanácsadás legyen könnyen elérhető és szakmailag korrekt,
- ⇒ az utazó tartsa meg a tanácsadás folyamán kapott életmódi utasításokat.” (Felkai, 2011b)

Az első és a harmadik pont eleve nem az orvostól függ. Ahhoz, hogy az utazó igénybe akarja venni a tanácsadást, az egészségügyi felvilágosításnak szerves részét kellene képeznie az egészségpolitikának. Ez pedig hazánkban még sajnos kevésbé érvényesülő szempont, bár külföldön sem feltétlen sokkal jobb a helyzet e téren.

Másik probléma, hogy a képzett utazási tanácsadók is egyoldalú felvilágosítást ad-

nak általában, melynek döntően nagy része, 90-95%-a csak a fertőző megbetegedések megelőzésére irányul. Nemzetközi felmérések szerint az utazó és a házi orvos közötti találkozási idő csupán 5-25 perc között változik. Általában 20 percnek kell lennie annak az időnek, amely elegendő egy részletes felvilágosításra, és az idő alatt sem csak az oltásokkal kapcsolatos tevékenységeknek kellene elhangoznia. A szakszerű tanácsadáshoz természetesen elengedhetetlen a naprakész információk beszerzése, melyeket a World Health Organization (WHO, magyarul Egészségügyi Világszervezet), a Center for Disease Control and Prevention (CDC) és a European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) weboldalain lehet megtalálni. (Felkai, 2011b)

Megállapítható az a tény is, hogy egy-egy elváltozás, tünet, panasz, betegség kialakulásának az esélye egy utazás során 45% és 70% közé tehető, amely igencsak meghatározó adat, ugyanakkor a végzetes kimenetelű esetek előfordulása 5/100 ezer turista. (Ternák, 2006)

Összességében kijelenthető, hogy: „Minél nagyobb a klimatikus és kulturális ellentét a célország és a saját ország között, annál nagyobb a betegség kockázata.” (Czibulka, 2003)

Nemcsak Európában, de a világon mindenhol a védőoltások jelentik a legnagyobb és legfontosabb védelmet a fertőző betegségek ellen. Habár az aktív immunizálás beleavatkozik az immunrendszer folyamataiba, az évtizedes, kipróbált biztonsági eljárások következtében a kockázat ma már csekély. Ugyanakkor minden esetben célszerű mérlegelni az oltásnál az előnyöket és a lehetséges veszélyeket is.

Magyarországon számtalan nemzetközi oltóhely működik, ahol a nemzetközi utazásra készülő személyek védőoltásban részesülhetnek: vidéken a megyeszékhelyeken található Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat megyei intézeteiben, Budapesten az Országos Epidemiológia Központban, valamint egyéb, a nemzetközi oltások végzésére működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók által is igénybe lehet venni ezt a szolgáltatást (pl. Nemzeti Oltóközpont). Nemzetközi érvényű

oltási bizonyítványt is csak az említett oltóhelyek állíthatnak ki. A szóban forgó védőoltásokról szóló igazolást az utazó részére kiállított Nemzetközi Oltási Bizonyítványba (International Certificate of Vaccination or Prophylaxis) kell bevezetni. („Külföldi utakkal kapcsolatos védőoltások”)

Napjainkban 19 betegséggel szemben áll rendelkezésre aktív immunizáció hazánkban. Ezek közül elsősorban utazással kapcsolatos a sárgaláz, hepatitis A, hepatitis B, typhus abdominalis (hastífusz), a meningococcus meningitis (járványos agyhártyagyulladás), a veszettség, a kolera, a tetanusz és a poliomyelitis (gyermekbénulás) elleni oltások. Hosszabb külföldi tartózkodás, tanulmányút vagy speciális feladatok ellátása előtt kibővíülhet a sor a morbillirubeola-mumpsz (kanyaró-rózsahimlő-mumpsz), a varicella (bárányhimlő), a diftéria (torokgyík), a pneumococcus (tüdőgyulladás), kullancs-encephalitis (kullancs terjesztette vírusos agyvelőgyulladás) és az influenza elleni oltásokkal. („Utazással kapcsolatos egészségügyi tájékoztatás, védőoltások”)

A védőoltás beadatása előtt minden esetben fontos mérlegelni, hogy az adott személy számára mi jelenthet nagyobb veszélyt: az oltás vagy annak elmaradása. Az oltás éppen ezért orvosi feladat. Minden védőoltásnak vannak általános ellenjavallatai, de vannak olyan ellenjavallatok is, melyek csak bizonyos vakcinákra érvényesek, vagy csak adott állapotokra vonatkoznak. Mindemellett fontos kihangsúlyozni, hogy abszolút ellenjavallat nem létezik.

A trópusi utazás során leggyakrabban előforduló betegségeket terjedésük módja szerint négy csoportba lehet sorolni.

A vízzel és étellel terjedő betegségek közé tartoznak az utazók hasmenése, ételmérgezők, dysenteria, hastífusz/paratífusz.

A leggyakoribb módja az emberről emberre terjedő betegségek terjesztésének a cseppfertőzés. Ide sorolható az influenza, diftéria, pertussis, egyéb légúti megbetegedések a morbilli (kanyaró), parotitis epidemica (mumpsz), varicella (bárányhimlő), TBC, vagyis tuberkulózis (gümőkór), bizonyos vérzéses lázak, tüdőpestis, meningococcus meningitis (járványos agyhártyagyulladás),

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, magyarul atípusos tüdőgyulladás). Az emberek között azonban nem csupán cseppfertőzéssel terjedhetnek bizonyos betegségek, hanem enterovírusok, azaz bélcsatornában élő vírusok útján is. Az idetartozó betegségek terjedésében a nem megfelelő higiéniai körülmények játszanak nagy szerepet. Gyakori kórokozó a horogféreg, schistosomiasis, fonálféreg. Külön nagy csoportban érdemes megemlíteni a nemi úton terjedő betegségeket is. Ezek közül a leggyakoribb a világméretű járványt okozó AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome, azaz szerzett immunhiányos tünetegyüttes). Szintén gyakori megbetegedést okozhat még a szifilisz (vérbaj), a gonorrhoea (kankó, tripper), Chlamydia (húgy-ivarszervi fertőzések), herpeszvírus.

Az állatok által terjesztett betegségek esetében leggyakrabban a fertőzött állatból készült termékek elfogyasztása okozza a problémát. A fertőzött hús elfogyasztása eredményezhet szalmonellózis-t, japán B-encephalitis-t (agyvelőgyulladás), toxoplazmózis-t (parazita-fertőzés), féregbetegségeket, stb. Fertőzött tej ivásával is különböző betegségek vihetők át, mint például a brucellózis (háziállatok fertőző betegsége, mely tehenről, juhról, sertésről, kecskéről terjed emberre), tuberkulózis, encephalitis. További veszélyforrást jelenthet az állati vizelettel, valamint az állat nyálával terjedő betegségek. Utóbbi, a rabies (veszettség) ellen azonban hatékony védőoltás áll rendelkezésre.

A negyedik fő csoportba pedig a rovarok által terjesztett betegségek tartoznak. Az egyik leggyakoribb trópusi betegség a malária, melyet a szúnyogok terjesztenek. A betegség ellen nincs védőoltás, kemoprofilaxissal viszont van lehetőség védekezni. Szintén szúnyogok által terjesztett igen gyakori betegség a Dengue-láz (csonttöréses láz), a sárgaláz, a japán B-encephalitis, valamint a filariázis (fonálféreg okozta fertőző betegség) is. Legyek által közvetített fertőzés az onchocerciasis (folyami vaktság), a leishmaniasis (bőr-, nyálkahártya vagy zsigeri elváltozással járó fertőzés), a myiasis (légyenyűvesség), a trypanosomiasis (álomkór) kórokozóját pedig a cecelegyek

terjesztik. A kullancsok is jelentős veszélyt jelenthetnek az emberi szervezet számára. Az általuk közvetített leggyakoribb fertőzés a Lyme-kór. A trópusokon vadászatot követően jelenhet meg a szintén kullancsok által közvetített bakteriális fertőzés, a rickettsiosis. További rovarokat tekintve bolhák által terjed a pestis, a rühesség kórokozója a rühatka, a Dél-Amerikai Trypanosomiasis (Chagas-kór) kialakulásáért pedig a poloskák a felelősek.

Természetesen az utazás célja és a szálláskörülmények is nagymértékben befolyásolják az esetlegesen felmerülő egészségügyi kockázatokat. Nem elhanyagolható különbség, hogy egy turista többszörös szállodában száll meg vagy egy sátorban alszik és napi ételmét az utcai árusoktól szerzi be. Ugyanakkor az előkelő szállodákban is előfordulhatnak komoly higiéniai problémák a konyhában, bárban vagy akár az uszodákban, fürdőmedencékben is. Különbséget kell tenni tehát egy jól szervezett, pár napos, hetes, csoportos utazás között, ahol végig ellenőrzött, higiénikus adottságok állnak a turisták rendelkezésére, vagy éppen hosszabb időn keresztül vidéki, „dzsungel” körülmények között élnek.

Habár a korábbiakban összefoglaló módon, említésszerűen bemutatásra kerültek a trópusokon előforduló leggyakoribb fertőző betegségek, ezúttal a korábban még nem ismertetett, olyan betegségeket szeretnénk részletesen tárgyalni, melyek megelőzésére hatékony védőoltás áll rendelkezésre jelenleg, és amely védőoltásokat minden nemzetközi, akár egzotikus utazásra készülő turista igénybe tud venni Magyarországon is.

A hastífusz/paratífusz ellen ma már tabletta vagy injekció formájában is lehetőség van védekezni. A védőoltás beadását követően 3-5 évre szól a védelem, melyet szükség esetén ajánlott megújítani. A hastífuszban szenvedő beteg általános panaszai közé tartozik a magas láz, melyhez képest alacsony a pulzusszám, rossz közérzet, fejfájás, gyengeség, száraz köhögés, lép megnagyobbodása, bőrkiütések, súlyosabb esetben a vékonybél vérzése, perforációja. A kórokozó a salmonella typhi/paratyphi baktérium, melyek elsősorban szennyezett étel vagy víz fogyasztásával kerülhetnek a szer-

vezetbe, továbbá a nem megfelelő higiénés viszonyok eredményezhetik az átvitelt. Antibiotikummal a betegség gyógyítható, de mint minden esetben, sokkal fontosabb lenne a megelőzésre fektetni a hangsúlyt. A védőoltás csak a salmonella typhi ellen nyújt védelmet, és az ellen sem 100%-ban. Így itt nem csak a védőoltás a fontos a megelőzés szempontjából, hanem a higiéniai szabályok megfelelő betartása is. („Hastífusz”)

A világ leggyakoribb védőoltással megelőzhető betegsége a hepatitis A (vírusos májgyulladás). A Föld lakosságának kétharmada erősen fertőzött területen él. A gazdasági és a higiéniai körülmények javításával visszaszorítható lenne a betegség. A betegség lappangási ideje 2-8 hét is lehet. Kezdődő tünetek az étvágytalanság, gyengeség, hasi fájdalom, láz, később hányás, sötét vizelet, világos széklet, a bőrön és szemben bekövetkezett sárgaság. Bár a tünetek viszonylag hamar, 2-3 hét alatt is elmúlhatnak, a lábadozás akár 2-3 hónapig is eltarthat. A Hepatitis magától gyógyul, lefolyását nem lehet gyógyszerekkel gyorsítani.

A hepatitis B betegség tünetei nagyon hasonlóak a hepatitis A-éhoz, ugyanakkor bizonyos panaszok erőteljesebben jelentkezhetnek a betegben. A betegség fertőzési kockázatához hozzájárulhatnak különböző tényezők, mint pl. a műtétet, transzfúziót igénylő balesetek, akut súlyos állapotok, krónikus betegségek váratlan romlásai, alkalmi szexuális kapcsolatok, stb. Megelőzését tekintve szintén hatékony védőoltás áll rendelkezésre, sőt, a hepatitis A és hepatitis B ellen már kombinált oltóanyag is kapható az 1 évnél idősebbek részére. Mindkét betegség megelőzéséhez három oltást kell a turistának beadatni ahhoz, hogy a védelem hatékony legyen. Megjegyzendő, hogy ma már a hepatitis B elleni oltást a kötelező védőoltási protokoll is tartalmazza. (Nyerges, 1992)

A kolera elleni védőoltást csak bizonyos, speciális esetekben (súlyos járványveszély, zarándoklók, bűvárok, hajón dolgozók, nomád szafarizók, stb.) ajánlják a szakértők, ugyanis nem nyújt teljes védelmet, a védettség 85-90%-os és csupán 2 évig tart. Éppen ezért az oltás mellett ebben az esetben is nagyon fontos betartani az előírásokat, mely a biztonságos étel- és italfogyasztás illeti. A

kolera okozója szintén szennyezett étellel, itallal kerülhet az emberi szervezetbe, hirtelen kezdődő, súlyos hasmenéssel, hányással járó fertőző betegség, mely kiszáradáshoz vezethet. A legfontosabb lépés a megelőzést illetően a palackozott vizek, továbbá a megfelelően hőkezelt ételek fogyasztása. („Kolera”)

A meningococcus meningitis-t, vagyis a gennyes agyhártyagyulladás egy *Neisseria meningitidis* nevű baktérium okozza. Magas lázzal, erős fejfájással, elesettség érzésével, bőrkiütésekkel és toxikus tünetekkel járó fertőző betegség. A megelőzésére védőoltás áll rendelkezésre, vagy ha a vakcina felvétele nem lehetséges, akkor kemoprofilaktikum adása jöhet szóba. Védőoltás esetén a baktérium leggyakoribb törzsei ellen egy oltás 3 évre nyújt elegendő védelmet a turista számára. Fontos megemlíteni, hogy a lépeltávolításon, valamint az immunrendszerüket gyengítő betegségben szenvedők részére a védőoltás kifejezetten ajánlott, ugyanis ezen személyeknek igen gyenge a betegség elleni védekezőképességük. A 2 évnél fiatalabb gyermekek számára nem ajánlott az oltás, mivel számukra nem nyújt kellő védelmet, de ha a célterületen járványveszély áll fent, akkor őket is célszerű beoltatni. (Axmann, 2002; „Utazók járványos agyhártyagyulladása (Meningococcus meningitis)”)

A pneumococcus cseppfertőzéssel terjedő baktérium, mely szövődményes tüdőgyulladás kialakulásához vezethet. Tünetei közé tartozik a láz, légzési nehézségek, köhögés. Az idősekre különösen nagy veszélyt jelenthet, ugyanis a legyengült szervezetben keringési és légzési elégtelenség is felléphet, mint súlyos szövődmény. A betegség ellen szintén létezik védőoltás, mely 70%-os védettséget ad. A 2 évnél fiatalabbak részére egy speciális vakcina áll rendelkezésre, mely csak indokolt esetben ajánlatos. Azonban kiváltképp javasolt a védőoltás azok számára, akik fokozottabban ki vannak téve a tüdőgyulladás veszélyének. Ide tartoznak azok, akik tüdő-és szívbetegségekben szenvednek, károsodott immunrendszerűek, cukorbeteg vagy 65 éven felüliek. A veszélyeztetettek részére a védőoltás beadása 5-10 évente megismételhető. („Pneumococcus okozta szövődményes tüdőgyulladás”)

A poliomyelitis, ismertebb nevén a járványos gyermekbénulás az 5 évnél fiatalabb gyermekeket érintő súlyos betegség. Rövid időn belül megtámadja az idegrendszert, akár teljes bénulást okozva ezzel. Okozója, a poliovírus emberi széklettel szennyezett tárgyakkal, akár étellel, itallal terjed. Kezdeti tünetek közé tartozik a láz, fáradtság, végtagi fájdalmak, nyak merevsége, fejfájás, hányás, de akár tünetmentes is lehet, ebben az esetben enyhe légúti vagy emésztőszervi panaszok jelentkezhetnek. A már kialakult betegségekre nincsen megfelelő gyógy mód, éppen ezért nagyon fontos a megelőző védőoltás. Gyermekekben ez a kötelező védőoltások közé tartozik, azonban ajánlott azon felnőttek számára az újraoltás, akik járványos célterületre készülnek utazni. Legajánlatosabb ebben az esetben a kombinált vakcina, mely tartalmazza a diftéria, a tetanusz és a gyermekbénulás elleni elölt vírust is. („Poliomyelitis”)

A rabiest, azaz a veszettséget egy vírus okozza, mely az állatvilágban elterjedt kórokozó, és általában a beteg állat harapásával, marásával juthat az emberi szervezetbe, a központi idegrendszert megtámadva. Tünetei a fejfájás, zavartság, fáradtság, depresszió, dühroham, víziszony. Ha a betegben jelentkeznek a tünetek, akkor a betegség nagy eséllyel halálos kimenetelű, ugyanis gyógyíthatatlan. Ugyanakkor a fertőzést az időben elkezdett ismételt oltással meg lehet akadályozni. Azoknak, akik 3 hónapnál tovább terveznek fertőzött célterületen tartózkodni vagy foglalkozásuk (pl. zoológus, vadász, barlangász, stb.) miatt vannak kitéve a veszettség veszélyének, illetve kisgyermekek, ajánlott beadni a védőoltást megelőzés céljából. Az oltások beadására a 0; 7; valamint a 21-28. napon kerülhet sor. Lehetőség van az oltások 1-2 évente való megismétlésére hosszú ideig fennálló veszélyeztetettség esetén. Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy terhes nők ebben az esetben nem kaphatnak megelőző védőoltást. („Rabies, also called: Hydrophobia”; „Veszettség (Rabies)”)

A sárgaláz szúnyog terjesztette betegség, azonban a fertőzési láncot a majmok tartják fent, általuk fertőződhet az ember is, kórokozója a flavivírus. A tünetek láz, izomfájdalmak, sárgaság, veseelváltozás, melyek

pár napon belül jelentkeznek. A sárgaláz súlyosnak mondható, ugyanis 10%-ban végzetes kimenetelű, éppen ezért mindenkit ajánlott beoltani, aki endémiás területre utazik, függetlenül attól, hogy a célország előírja-e az oltási bizonyítvány kötelező bemutatását vagy sem. Az oltás védőhatása kiválóan mondható, ugyanis 10 évig elegendő védettséget biztosít. Az oltás beadását követő 48-72 órában ritkán enyhe tünetek jelentkezhetnek, mint a duzzanat, bőrpír, esetleg hőemelkedés. Terhes nők, valamint 9 hónapnál fiatalabb gyermekek számára ellenjavallt a védőoltás. A védőoltáson kívül a szúnyogokkal szembeni védekezésre is lehetőség van, az így elkerült szúnyogcsípések jelentős mértékben képesek csökkenteni a fertőzés kialakulását. (Axmann, 2002)

A tetanusz – másik nevén merevgörcs – a vázizmok tartós összehúzódását és görcsös megfeszülését eredményező fertőzés. Kórokozója a Clostridium tetani baktérium, mely földdel szennyezett bőrsérülésen keresztül jut a szervezetbe. A baktériumok a szennyezett sebben méreganyagot termelve gyorsan szaporodnak. A fertőzés a vérkeringésből az idegrendszerbe jut, ahol izomgörcsöket vált ki, hatására szájzár, torz arckifejezés alakul ki, a nyakizmok és a mimikai izmok megfeszülnek. Ezeket a tüneteket követi a hátfájás, nyelészavar, végtagok, majd az egész vázizomzat megfeszülése, mely további életveszélyes állapotok kialakulásához vezethet, magas halálzási aránnyal jár. A tetanusz elleni védőoltás kötelező, 2, 3, 4 és

18 hónaposan, valamint 6 és 11 évesen mindenki megkapja a vakcinát. Utazók számára ajánlott a védőoltás megismétlése, ha hosszabb ideig tartózkodnak külföldön, vagy a természettel közvetlen kapcsolatban vannak, illetve, ha a célterület egészségügyi ellátása bizonytalannak ígérkezik. Megelőzést tekintve nagyon fontos a sebek megfelelő kezelése, ellátása, kitisztítása, az elhalt szövetek eltávolítása. Mély seb ellátását mindenképp szakemberre célszerű bízni. (Gócs, 2013)

Nemzetközi, illetve egzotikus utazás előtt nagyon fontos utána járni a választott célterületen jelen lévő külső tényezőknek, beleértve az ottani higiéniai, egészségügyi viszonyokat is, számba venni az adott területen jelen lévő aktuális járványokat, fertőzéseket, továbbá mérlegelni az ezekkel kapcsolatos kockázatokat. A mellékletben szereplő táblázat összefoglalóan mutatja be célterületek szerint a leggyakrabban előforduló betegségeket. (I. táblázat)

## Anyag és módszer

A téma kutatása egy általános kérdőív segítségével történt. Ennek egy része olyan utazók kérdőívéből tevődik össze, akik már utaztak valamilyen egzotikus célterületre, így már rendelkeznek valamilyen benyomással az utazásukkal kapcsolatos egészségügyi tényezőkkel kapcsolatban, a kitöltők legnagyobb része azonban még nem járt

**I. táblázat: A betegségek célterület szerinti összefoglalása a szerzők által szerkesztve (forrás: Dr. Ternák Gábor: Utazás - egészség orvosoknak. SpringMed kiadó, Budapest, 2006 valamint a <http://www.oek.hu/oek.web?to=752&gid=88&lang=hun>)**

| Földrész                              | Megbetegedések   |
|---------------------------------------|--|
| Afrika                                | leishmaniasis, filariasis, malária, Dengue-láz, nyugat-nílusi láz, encephalitis, brucellózis, sárgaláz, schistosomiasis, trypanosomiasis, az utazók hasmenése, hastífusz, kolera, poliomyelitis, hepatitis A, hepatitis E, hepatitis B, HIV/AIDS, veszettség |
| Ázsia                                 | leishmaniasis, malária, schistosomiasis, trypanosomiasis, meningococcus meningitis, veszettség, diftéria, HIV/AIDS, Dengue-láz, dracunculiasis, leptospirosis, hepatitis B   |
| Ausztrália és Csendes-óceáni-szigetek | Dengue-láz, rickettsiosisok, encephalitis, Ross River-vírusinfekció, hastífusz, filariasis, leishmaniasis, onchocerciasis, malária   |
| Amerika                               | Lyme-kór, kullancs-encephalitis, influenza, histoplasmosis, Dél-Amerikában: malária, Dengue-láz, filariasis, leishmaniasis, onchocerciasis, Chagas-kór, veszettség, Karibi térségben: salmonellosis., kolera   |
| Európa                                | Lyme-kór, kullancs-encephalitis, influenza, HIV/AIDS, Észak-Európa: veszettség, diftéria   |

egzotikus célterületen, számukra preventív lehetőséget biztosíthat a kérdőív és talán felvet új gondolatokat, melyek utazás előtt segítséget nyújthatnak a későbbiekben. Az interneten közzétett kérdőívet összesen 164 személy töltötte ki, ebből 116 nő és 48 férfi. A kérdőívre adott válaszok közül a legfontosabbakat kerültek kiemelésre.

## Eredmények és értékelésük

Azoknak, akik már vettek részt egzotikus utazáson, csupán 32%-a állítja, hogy kapott védőoltást az utazása előtt.

Az utazás előtt védőoltást igénybe vevők 28%-a saját maga járt utána internetről és/vagy nyomtatott sajtóból tájékozódva az őt érintő védőoltásokkal kapcsolatos információknak. Ezt szorosan követi, 27%-kal azoknak a száma, akik a háziorvosuktól kértek tanácsot, 18%-uk pedig az Országos Epidemiológiai Központot kereste fel emiatt. A maradék 27% egyenlő arányban oszlik szét azok között, akik az ÁNTSZ-től, utazási irodától vagy barátoktól, ismerősöktől érdeklődtek az utazáshoz köthető védőoltásokkal kapcsolatban, az egyéb lehetőséget a kitöltők közül senki nem jelölte meg. Mindezt a Békés Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv vezető főorvosával készített interjú is alátámasztotta: tapasztalataik szerint az internet és az utazási irodák szerepelnek első helyen.

Ettől eltér azoknak a válasza, akik már vettek részt ilyen jellegű utazáson és ténylegesen kértek is segítséget korábban a fellevehető védőoltásokkal kapcsolatban. Míg az előbbi esetben főleg saját maguk tájékoztak, addig az utóbbi esetben elsősorban a háziorvos segítségét kérnék. Továbbá az első esetben a 3. helyen az Országos Epidemiológiai Központtól kértek tanácsot, addig az utóbbi esetben az ÁNTSZ-t jelölték meg ezen a helyen. A maradék válaszok hasonlóképpen oszlanak el, mint a korábbi kérdésben, ugyanakkor az utazási irodáknak nagyobb szerepet tulajdonítanak az utóbbiban.

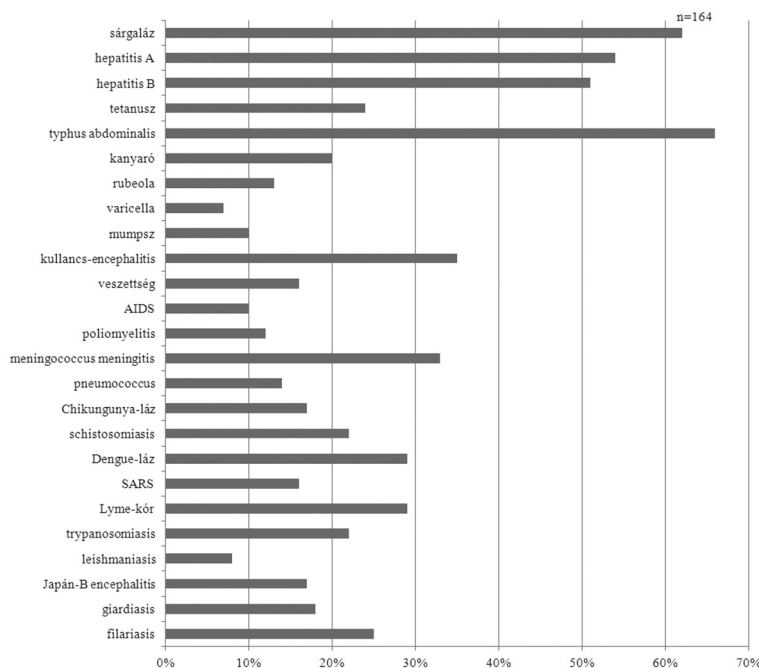
Az 1. helyen a válaszadók nagy része (66%) helyesen jelölte meg a hastífusz elleni védőoltást, mint rendelkezésre álló védőoltást egzotikus célterületre való utazás ese-

tén. 2. helyen a sárgaláz (62%), 3. helyen pedig a hepatitis A (54%) elleni oltást, melyet szorosan követ a hepatitis B (51%). A két fajta vírusos májgyulladás elleni védőoltásra érkező jelölések száma mégsem egyforma: a válaszadók csupán 36%-a jelölte meg a hepatitis A-t és hepatitis B-t együttesen is. A hepatitis A és B elleni védőoltást egyébként kombinált formában is lehetőség van megkapni. Az 5. és 6. helyet elfoglaló oltások (kullancs-encephalitis – 35%, meningococcus meningitis – 33%) ellen valóban rendelkezésre áll védőoltás, a 7. helyen lévő Lyme-kór (29%) ellen azonban már nincs. A tetanusz (24%) ellen még kevesebben gondolják, hogy van oltás, ezt helytelenül meg is előzi a filariasis (25%) és szorosan követi a schistosomiasis (22%). Az ezt követő eredmények egyike sem felel meg a valóságnak, kivéve a 18. helyen szereplő veszettséget (16%), a 19-ként megjelölt pneumococcus-t (14%), a 20. rubeola-t (13%), a 21. poliomyelitis-t (12%), a 22. mumpszot (10%) és a 24. varicella-t (7%). **(1. ábra)**

Összességében elmondható, hogy a kiöltők legnagyobb számban azokat a védőoltásokat jelölték meg, melyek esetében valóban rendelkezésre áll védőoltás, viszont túl nagy számban jelölték meg olyan betegségeket is, melyek ellen a jelen tudomány szerint nincs védőoltás. Ez a tény arra utal, hogy az emberek többsége nincs tisztában azzal, hogy egy nemzetközi utazásra készülve milyen védőoltásokat vehetne fel, hogy megóvja egészségét és csökkentse az esetleges kockázatokat. Ugyanakkor ez nem feltétlen jelent problémát, már ha megfelelő esetben igénybe veszik a már korábban feltüntetett intézmények ezzel kapcsolatos szolgáltatásait, mint például az utazás előtti tanácsadást.

A válaszadók 34%-a hetekkel korábban, 24%-a hónapokkal korábban, 24%-a pár nappal korábban, 13%-a 1 héttel korábban, 5%-a azonban nem készül fel különösebben egy utazásra az indulást megelőzően. A legoptimálisabb, ha az utazó pár héttel, legálább 4-6 héttel kezd el felkészülni egy egzotikus jellegű utazásra, a már említett tény miatt, hogy a védőoltások felvétele között bizonyos időnek el kell telnie, hogy a megfelelő immunitás ténylegesen kialakuljon a szervezetben.

1. ábra: A védőoltásokkal megelőzhető betegségek egzotikus célterületre való utazás esetén a válaszadók véleménye alapján



A következő kérdést – hogy az utazók mennyire tartják fontosnak, hogy utazásuk előtt óvintézkedéseket tegyenek saját egészségük érdekében – egy 1-10-ig terjedő számskálán mértük, ahol 1 jelenti az „egyáltalán nem tartom fontosnak” és 10 a „nagyon fontosnak tartom” lehetőséget. A 164 személyből a jelentős többség (139, vagyis a válaszadók 85%-a) a skála felső, azaz 5-10-ig terjedő részén található számmal értékelte ezt a törekvését, ami biztató eredmény, előrelátó gondolkodásmódra utal.

Azok közül, akik már utaztak egzotikus célterületre, 82%-uk nem szerzett semmilyen betegséget ott-tartózkodása során, 18%-uk azonban igen. Az utóbbi esetben a következő betegségeket nevezték meg:

- ⇒ lázzal járó ismeretlen megbetegedés, vírusos láz,
- ⇒ gyomorfertőzés,
- ⇒ sebfertőző baktériumok (lábon keletkezett horzsolás miatt),
- ⇒ vízben lévő baktérium okozta megbetegedés,
- ⇒ sőt, maláriás megbetegedés is előfordult az egzotikus területen már tartózkodó kitöltők között.

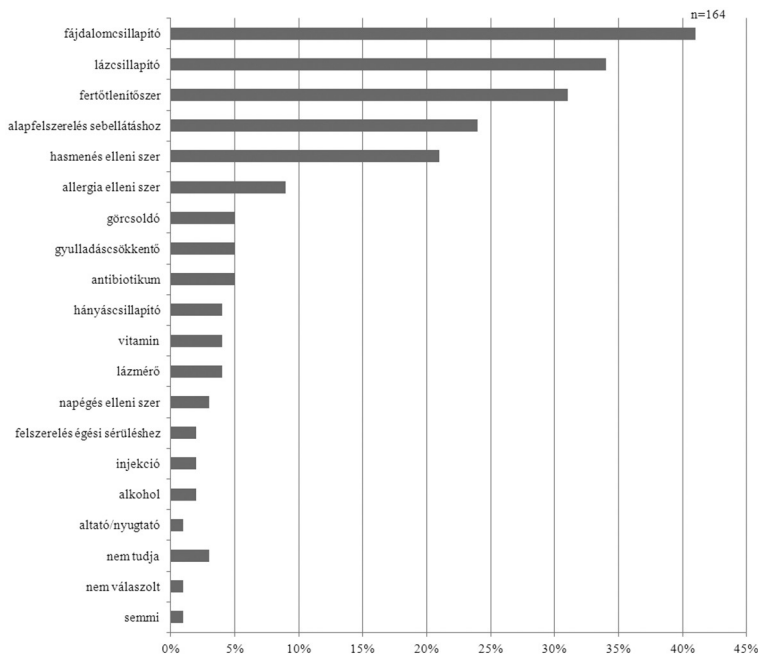
Ők elmondásuk alapján helyi orvosi intézményt kerestek fel a betegségükkel kapcsolatban, egy személy a szálloda orvosához fordult, egy illető pedig kórházba ment szakszerű ellátásért.

A kutatás kiterjedt az egyéni házi patika összeállítására is, mely bel-, és külföldi utazás kapcsán egyaránt fontos. A megkérdezettek saját maguk által utazás előtt összeállított egészségügyi csomagja 1. helyen tartalmaz fájdalomcsillapítót, 2. helyen lázcsillapítót, 3. helyen pedig a fertőtlenítőszerrel sorolta ehhez a kérdéshez a kitöltők 31%-a. Ezt követően még mindig kiemelkedő eredménnyel, a válaszadók 24%-a tenne be kötszert, illetve egy sebellenyitáshoz elengedhetetlen alapfelszerelést az úti patikájába. Szintén jelentős 21%-kal a hasmenés elleni szerek

említése, továbbá 9%-kal a különböző allergiás reakciók enyhítésére szolgáló készítmények. A megkérdezettek 5%-a írta, hogy görcsoldó szereket, gyulladáscsökkentőket, valamint széles spektrumú antibiotikumot is vinne magával egy nagyobb felkészülést igénylő utazás esetén. Mindössze 4% az, aki mindezek mellett szóba hozta a hányáscsillapítót, a vitaminokat (többen meg is neveztek konkrétan a B6, a C és multi vitamint), valamint a lázmérőt, sőt, külön kiemelve a kalciumot is. 3% válaszolta erre a kérdésre, hogy nem tudja, mit vinne magával, szintén 3% azoknak az aránya, akik felsorolták ide a naptejet vagy egyéb, napégés megelőzésére alkalmas készítményeket. 2% égési sérülés ellátására alkalmazható készítményeket is magával vinne egy komolyabb mértékű utazásra. 3 személy alkoholt (pálinka, tonik) is, feltehetően a fertőtlenítőszerként alkalmazva szükség esetén. 2 illető nem válaszolt erre a kérdésre. Végezetül 1 személy azt válaszolta, hogy nem állítana össze egészségügyi csomagot. (2. ábra)

Mindent egybevetve egy alap egészségügyi felszerelést a kitöltők nagy többsége magával vinne, viszont ahhoz, hogy a csomag teljes lehessen és lehetőleg minden fon-

2. ábra: A válaszadók által összeállított egészségügyi csomag tartalma



tos eszközre, gyógyszerre, készítményre is gondoljon az utazó, szükséges lenne külön is utána érdeklődni megfelelő forrásokból (pl. nyomtatott sajtó, utazási tanácsadás, stb.).

A kitöltők közül nagy az aránya azoknak (41%), akik állításuk szerint nem tudják, hogy a társadalombiztosító támogatja-e a nemzetközi utazással kapcsolatos védőoltások költségét, 34%-a szerint nem támogatja, 20%-a szerint részben támogatja és 5%-a szerint teljes mértékben támogatja. A valószínűség az, hogy a társadalombiztosító egyáltalán nem támogatja az utazással kapcsolatos védőoltásokat. Ez az egyik lehetséges oka annak, hogy a nemzetközi utazásra készülő emberek nem feltétlen igénylik az ajánlott védőoltások beadatását, hiszen ez plusz anyagi vonzattal jár.

## Következtetés

A Kutatással és annak eredményeivel kapcsolatban a következő javaslatok fogal-

mazódtak meg: Fontos lenne, hogy az állam hozzájáruljon az utazók utazás előtti tanácsadását érintő költségeihez, hogy az ne járjon plusz anyagi megterheléssel a turista számára. Így növelni lehetne az utazás előtti tanácsadást igénybe vevők számát, ami egyidejűleg magasabb szintű egészségügyi felkészülést eredményezne egy nemzetközi utazást megelőzően. Ez pedig feltehetően az utazásról hazaérkezett betegek számának csökkenését eredményezhetné, ezzel együtt megkönnyítve az őket ellátó háziorvosok munkáját is.

Nagy előrelépés lenne az is, ha a társadalombiztosító hozzájárulna bizonyos kedvezményekkel egyes védőoltások megvásárlásához. Sőt, akár ingyenes is lehetne az igénybe-

vevő számára a sok helyen kötelező sárgaláz elleni vakcina és a gyermekkorban már megkapott, a védőoltások hatékonyságának megújítását szolgáló oltóanyagok is lehetnének térítésmentesek.

Ezen javaslatok eredményeképpen a nemzetközi utazások esetén csökkenhetnének a megfelelő felkészülés hiányából származó és abból kialakuló egészségügyi kockázatok, betegségek.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném megköszönni témavezetőmnek, Dr. Beke Szilviának a Tudományos Diákköri dolgozatomhoz nyújtott segítségét, hasznos ötleteit és tanácsait.

Köszönöm Dr. Mucsi Gyula Tisztifőorvos Úrnak, hogy hozzájárult a Békés Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási szerve részéről a dolgozatomhoz szükséges interjú elkészítéséhez, és rám szánva idejét készségesen válaszolt kérdéseimre, valamint segédanyaggal is támogatott.

## Irodalomjegyzék

1. Axmann, Á. (2002). *Fertőző és trópusi betegségek*. Budapest: Alexandra. 56-58.
2. Czibulka, Z. (2003). *Mit érdemes tudni...Utazás előtt*. Budapest: Humexim. 51.
3. Felkai, P. (2011a). *Utazásorvostan Magyarországon - A háziorvosi ellátás új területe*. Házorvos Továbbképző Szemle. 16, 277.
4. Felkai, P. (2011b). *Az utazás előtti tanácsadás*. Háziorvos Továbbképző Szemle. 16, 291-295.
5. Nyerges, G. (1992). *Infektológia - Fertőzések kórképek a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Springer Hungarica. 188-192.
6. Ternák, G. (2006). *Utazás - egészség utazóknak*. Budapest: SpringMed. 15-16.
7. Elektornikus források: 952 millió utazás világszinten 2013-ban (2014). Hozzáférhető: [http://www.turizmusonline.hu/aktualis/cikk/a\\_vilag\\_turizmusa\\_ujabb\\_rekordot\\_ert\\_el\\_2013\\_ban](http://www.turizmusonline.hu/aktualis/cikk/a_vilag_turizmusa_ujabb_rekordot_ert_el_2013_ban) (Letöltve: 2015.08.15)
8. Külföldi utakkal kapcsolatos védőoltások. Hozzáférhető: <http://www.vacsatc.hu/?XI.-K%FCIf%F6ldi-utakkal-kapcsolatos-v%E9d%F5olt%E1sok&pid=84> (Letöltve: 2015.08.15)
9. Utazással kapcsolatos egészségügyi tájékoztatás, védőoltások. Hozzáférhető: <http://www.oek.hu/oek.web?to=750,751,852&nid=210&pid=1&lang=hun> (Letöltve: 2015.08.15)
10. Hastífusz. Hozzáférhető: <http://www.utazaselott.hu/hastifusz-vedooltas.html#sick> (Letöltve: 2015.08.15)
11. Kolera. Hozzáférhető: <http://www.oek.hu/oek.web?nid=343&pid=1> (Letöltve: 2015.08.15)
12. Utazók járványos agyhártyagyulladás (Meningococcus meningitis). Hozzáférhető: <http://www.oek.hu/oek.web?nid=260&pid=1> (Letöltve: 2015.08.15)
13. Pneumococcus okozta szövődmenyes tüdőgyulladás. Hozzáférhető: <http://www.oek.hu/oek.web?nid=358&pid=1> (Letöltve: 2015.08.15)
14. Poliomyelitis. Hozzáférhető: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/> (Letöltve: 2015.08.15)
15. Rabies, also called: Hydrophobia. Hozzáférhető: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/rabies.html> (Letöltve: 2015.08.15)
16. Veszétség (Rabies). Hozzáférhető: <http://www.oek.hu/oek.web?nid=350&pid=1> (Letöltve: 2015.08.15)
17. Gócs, V. (2013) A tetanusz fertőzés. Hozzáférhető: [http://www.webbeteg.hu/cikkek/fertozo\\_betegseg/1851/a-tetanusz-fertozes](http://www.webbeteg.hu/cikkek/fertozo_betegseg/1851/a-tetanusz-fertozes) (Letöltve: 2015.08.15)

# FELHÍVÁS ELŐADÁS TARTÁSÁRA

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara  
Országos Közösségi, foglalkozás-egészségügyi, otthoni és hospice  
szakápolási Szakmai  
Tagozata

2016. március 5.-én (szombaton)



szervezi meg

## V. Különleges Szakmai Nap a Nők jegyében c. rendezvényét

Helyszín: **Lurdy Ház I. emelet 9-es Konferencia terem,**  
Budapest IX kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.

A tervezett előadás 200-300 szavas absztraktját legkésőbb  
**2015. október 31-ig** a MESZK honlapján lehet feltölteni.

Az absztrakton fel kell tüntetni az előadás címét, időtartalmát,  
a pályázó nevét, beosztását, egészségügyi regisztrációs számát,  
munkahelyét és e-mail címét, telefonszámát.

A jelentkezések elfogadásáról, a rendezvény végleges programjáról  
a program szervezőbizottsága az absztraktok beérkezése után dönt.  
Az előadások elfogadásáról a pályázók **legkésőbb november 30-ig** kapnak  
értesítést.

További információ:

**Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál** Tel.: 1/323-2070,  
e-mail: meszk@meszk.hu

