



Tartalom

Az egészségturizmus, mint turisztikai termék választásának motivációs tényezői – II. rész Csíkász Emőke	2
2014 – A CSALÁD ÉVE	
A szülés körüli történések hatása a gyermekágy során kialakuló anyagi hangulatváltozásokra Primer prevenciók javaslatok Járfás Vivien, Lipienné Krémer Ibolya, Dr. Hoyer Mária	10
A kismamatorna hatásainak felmérése az egyensúly és a lumbális gerincszakasz tekintetében Bajsz Viktória, Horánszky Sára, Szemes Hajnalka, Sió Eszter, Gergye Andrea	19
AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST	
116 évvel ezelőtti gondolatok mai értelmezése Elsősegély ajánlások községi elöljáróságoknak és népiskolai tanítóknak Göboly Ildikó	27
SZAKMAI FOLYÓIRATSZEMLE	
Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből Balku Eszter, Kimmel Zsófia, Papp Ildikó, Dr. Varsányi Péter	30

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métneki János,
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balázs Péter,
dr. Gyárfás Iván, dr. Kovács Attila,
prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: dr. Török Krisztina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: NEFI,
1096 Budapest, Nagyvárud tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.
Telefon: (1) 428-8272.
Fax: (1) 428-8273.
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknel,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.

További információ: 06-80-444-444
Megjelenik kéthavonta.

Egy példány ára 2000 Ft.
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.

Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:
Reneszánsz Tipográfiai Műhely
Nyomdai munkálatok:
Porszinter Nyomda
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Az egészségturizmus, mint turisztikai termék választásának motivációs tényezői

II. rész

Csikász Emőke PhD-hallgató

Nyugat-Magyarországi Egyetem, Széchenyi István Doktori Iskola

Az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint az egészség nem csupán a betegség és fogyatékoság hiánya, hanem a teljes fizikai, mentális és szociális jól-lét állapota. Az egészség a mindennapi élet erőforrása, nem pedig az élet célja, olyan pozitív fogalom, mely a fizikai állapot mellett a társas és a személyes tényezők jelentőségét is hangsúlyozza (WHO, 1984).

A WHO megemlíti, hogy a társas kapcsolatok, vagyis a családi, munkahelyi, közösségi szerepek, továbbá a környezetünkkel való egyensúly egyaránt fontos szerepet játszanak az egészség megőrzésében.

Az egészségturizmus típusai

Az egészségturizmust *wellnessre* és *gyógyturizmusra* oszthatjuk, bár e két terület között van átfedés, ezért – a kettő ötvözeteként – *medical wellnessről* is beszélhetünk (1. ábra).

Dunn (1959) – aki elsőként definiálta a *wellness* fogalmát – szerint a *wellness* egy „különleges egészségi állapot, amely felöleli a jóllét általános érzését, mely szerint az ember a test, a szellem és az értelem összessége, és függ a környezetétől”.

Müller és Kaufmann (2000) szerint a *wellness* olyan egészségi állapot, mely magában foglalja a test, a szellem és a lélek, az önmagunk iránt viselt felelősség, a jó egészség, a szépségápolás, az egészséges táplálkozás, a pihe-

nés, a meditáció, a szellemi tevékenység, az oktatás, a környezet iránti érzékenység és a társas kapcsolatok, mint alapelemek összhangját.

A *wellness* többdimenziós fogalom, a Puczko és Smith (2008) által szerkesztett *wellnesskerék* 6 dimenziót tartalmaz (2. ábra). Egyáltalán nem valószínű, hogy egyetlen utazás e területek mindegyikét lefedi. A *wellness*-utazás leggyakoribb oka maga pihenés, a munkától való elmenekülés (Saját kutatás, 2014). A konferenciaturizmus egyrészt szívesen használja kiegészítő élményként, másrészt ez esetben a *wellness*-szolgáltatás éppen a kikapcsolódást segíti.

Magyarországon a *wellness*-szállodák vendégéjszakáinak száma évről-évre növekedést mutat (KSH 2014).

Magyarország és az egészségturizmus

Napjainkban egészségünk megőrzése és fejlesztése egyre fontosabbá válik. A hazai prognózisok szerint a lakosság egyre növekvő hányada ismeri fel, hogy a megfelelő egészségi állapot a munkatermelékenység, valamint az emocionális, intellektuális és fizikai fejlődés alapja (Kocziszky, 2004).

Magyarországon a rendszerváltás előtti szálláskínálat nem volt képes a kereslet maradéktalan kielégítésére, így szükségessé vált az ágazat előtt álló feladatok és elvárások újragondolása (Hegedűs, 2006). A Széchenyi-

LEVELEZÉSI CÍM:

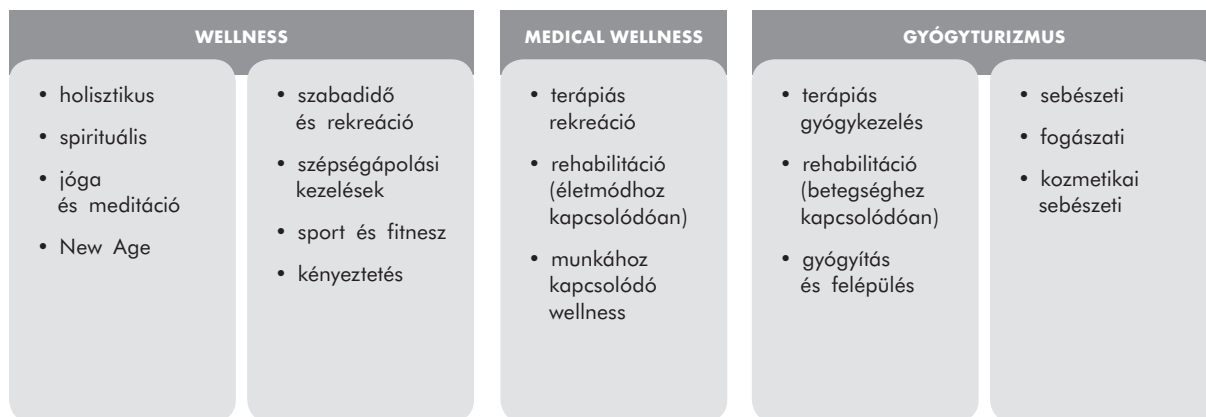
Csikász Emőke, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Széchenyi István Doktori Iskola. Postacím: 9026 Győr, Rónay u. 15. Telefon: +36-70-663-6764 E-mail: csikasz.emoke@gmail.com A tanulmány első részét 2015/3. lapszámunkban olvashatták.



1. ábra

Az egészségturizmus alkotóelemei

Forrás: Puczko-Smith, 2008



tervnek köszönhetően számos, ilyen jellegű beruházás valósult meg, s ezek hatása a kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégforgalmi mutatókban is mérhető volt (Hegedüs 2006).

A legfontosabb magyar egészségturisztikai helyszínek Hévíz, Hajdúszoboszló, Bükk, Balatonfüred, Zalakaros és Sárvár. Az 50 leglátogatottabb hazai település között 11 gyógyhely található (Itthon.hu, 2014). Magyarország a jövőben Európa egyik vezető egészségturisztikai hatalmává válhat, hiszen kiemelkedő gyógy- és termálvízkészlettel rendelkezünk, s gyógyfürdőink szolgáltatásai, valamint a magyar orvosok tudása nemzetközileg is elismertek. (Nemzeti Turizmusfejlesztési koncepció, 2014–2024).

Anyag és módszer

A tanulmányban arra kerestem a választ, hogy egy egészségturisztikai desztináció kiválasztásánál milyen szempontokat mérlegelnek a látogatók. A tanulmány – 2015/3. lapszámunkban megjelent – I. részében megismerhettük az egészségturizmus fogalmával kapcsolatos elképzeléseket, asszociációkat, véleményeket. Jelen tanulmányban a desztináció kiválasztásának, majd a visszatérő vendégek számára fontos szolgáltatások szempontjaira helyeztem a hangsúlyt.

Míg korábban a nyitott, jelen esetben a zárt kérdésekre adott válaszokat mutatom be. Keresztábra-elemzéssel megvizsgáltam, hogy a bizonyos demográfiai jellemzőkkel rendelkezők válaszai között van-e szignifikáns különbség, majd bináris logisztikai regresszió segítségével azt vizsgáltam, hogy a jellemzően egy adott desztinációba visszatérő vendégek, illetve nem törzsvendégek

válaszai között találunk-e eltérést, vannak-e olyan válaszok, melyek kifejezetten a visszatérő vendégekre jellemzőek?

A mintastruktúrát nem kötöttem ki előre. A kérdőívek online kiküldéséhez a *Héderváry Kastély* címlistájában szereplő e-mail címeket használtam, így a minta nem tekinthető reprezentatívnak. 114 fős mintanagysággal dolgoztam. A mintavétel során 46 férfi és 86 nő töltötte ki a kérdőívet, a legidősebb kitöltő 74, míg a legfiatalabb 18 éves volt. Életkor szerint három csoportot hoztam létre: a 23 év alattiak, a 23 és 47 év közöttiek, valamint a legalább 47 évesek csoportját. A három csoport kialakításánál a fő szempont az volt, hogy minden egyes csoportba nagyjából a válaszadók egyharmada kerüljön.

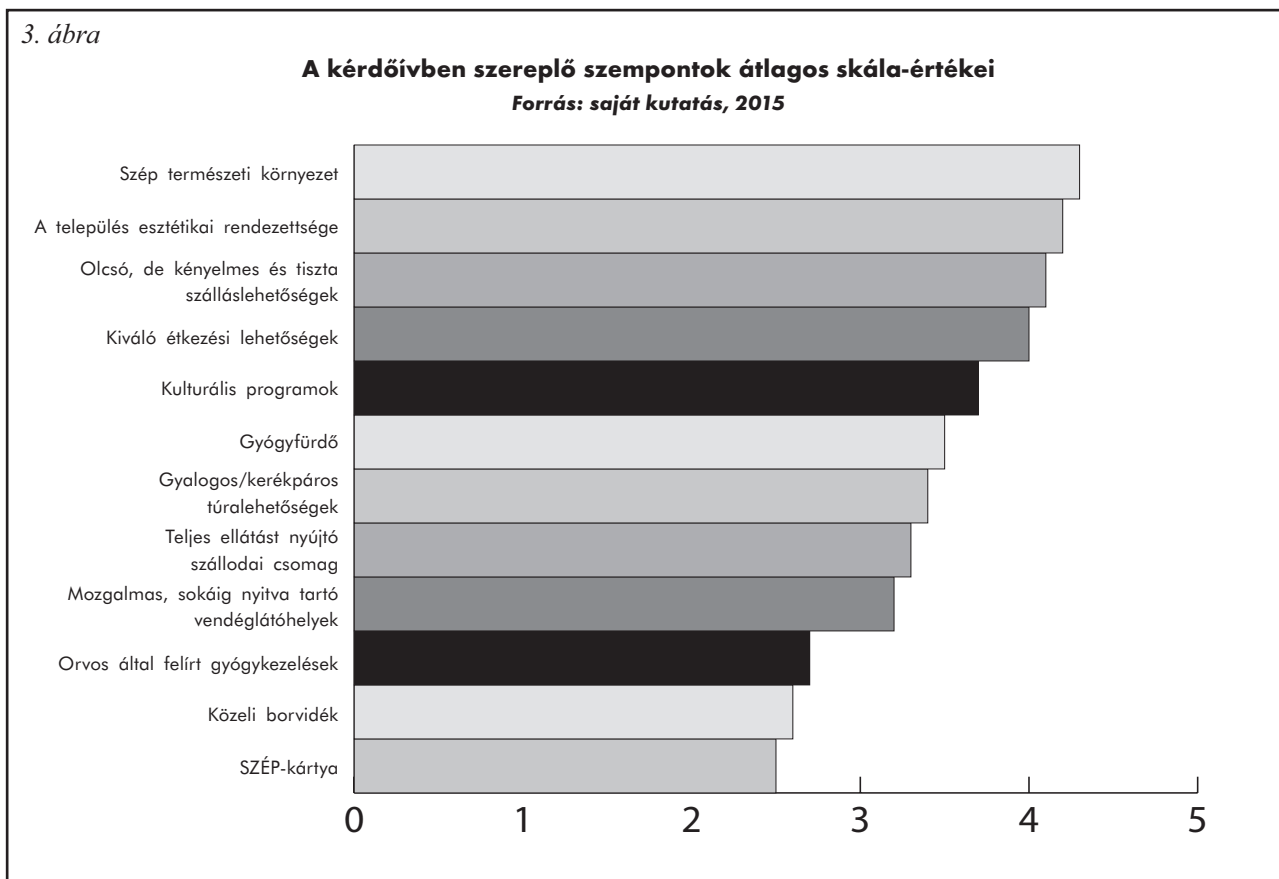
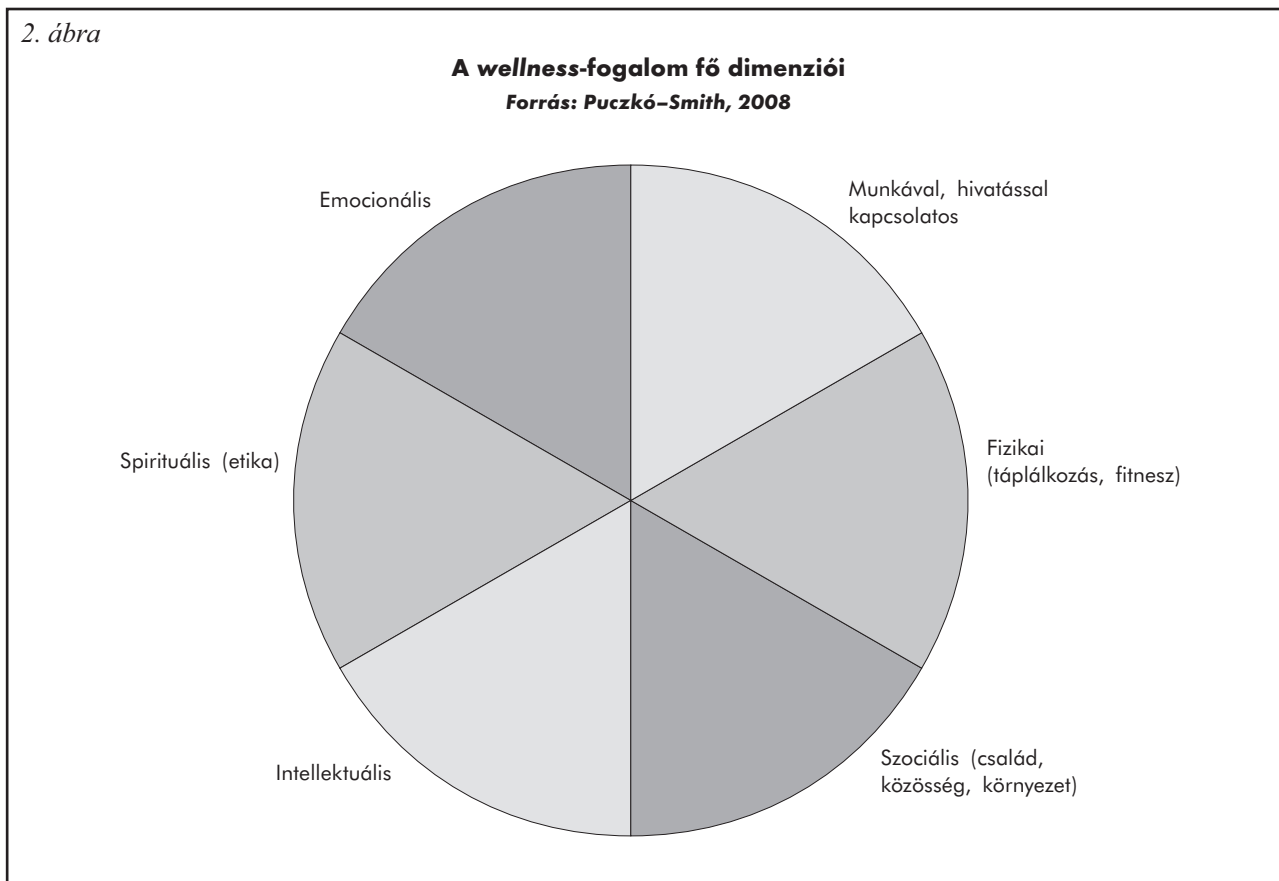
Az egészségturisztikai desztináció kiválasztásának szempontjai

A magyarországi egészségturisztikai desztinációk *ötpon-tos Likert-skálán* történő értékelése során a különböző figyelembe vehető tényezők között a 3. ábrán bemutatott sorrend alakult ki.

Az egyik legfontosabb szempont a *szép természeti környezet*. Ez olyan előny, mely akár további turisztikai termékek fogyasztására adhat lehetőséget, legyen az egy félnapos, vízparti üdülés, egy borút bejárása, vagy egy hátizsákos, bakancsos túra. A környezet másik eleme az *esztétikai rendezettség*. A település, ahol megszállunk és szabadidőnket töltjük, legyen rendezett, tiszta, „virágos”, egy vagy több gyalogos sétára érdemes.

Egy fürdővel rendelkező településen többnyire találunk egy-egy három-, négy- vagy ötszobás szállodát,





melyek teljes ellátással és házon belüli, komplex gyógy- és wellness-szolgáltatásokkal várják vendégeiket. Ezenkívül általában számos olyan magánzállás és panzió is megtalálható, melyek rendezett, tiszta szobákat biztosítanak a vendégek számára. Jelenlétük fontos, mert aki nem szeretne all-inclusive csomagot vásárolni vagy drágább szállást választani, alternatívaként kényelmes, szép, de olcsó panziókat keres a településen.

A legkülönbözőbb konyhájú és árkategóriájú éttermek jelenléte, az ebéd és vacsora kellemes környezetben való elköltése, valamint a kifejezetten magyar igényeket kielégítő étkezési lehetőségek lényeges, a desztinációválasztás szempontjából is fontos élményelemek. A kulturális programok – fesztiválok, időszakos kiállítások, szabadtéri koncertek – szintén befolyásolhatják a választást.

A gyógyfürdő általában nem a legfontosabb szempont az egészségturisztikai desztináció kiválasztásánál, tehát két gyógyfürdővel rendelkező település között nem feltétlenül maga a fürdő, hanem inkább a körülötte lévő környezet a döntő.

A demográfiai változók hatása

Keresztábra-elemzés és Chi²-próba segítségével vizsgáltam, hogy bizonyos demográfiai tényezők mely választási szempontokra vannak hatással, s 4 ilyen esetben találtam szignifikáns összefüggést. Az 1. táblázatban az életkor befolyása látható, a legfiatalabb válaszadó 18 éves, a legidősebb 74 éves volt. Az ötfokozatú skálát háromfokozatú skálává módosítottam, úgy, hogy a semlegesnél negatívabb és pozitívabb 2–2 skálapontot egy-egy ponttá vontam össze, így jobban érzékelhetővé válik az adott csoport negatív, semleges vagy pozitív véleménye.

A közeli túralehetőségek a 23 év feletti felnőtt generációnak fontosabbak (p = 0,030), ők azok, akik vagy családalapítás előtt állnak, vagy már bármely életkorú gyermekeket nevelnek. Az aktív időöltés a legkevésbé a fiatal egyetemista korosztálynak fontos. A kulturális programok a kor előrehaladtával egyre fontosabbá válnak (p = 0,008), a sokáig nyitva tartó vendéglátóhelyek a legfiatalabb csoport számára a legfontosabbak, a kor előrehaladtával pedig egyre kevésbé fontosak (p = 0,000).

1. táblázat

Az életkor szerinti desztinációválasztás szempontjai (keresztábra-elemzés)

Forrás: saját kutatás, 2015

	Kor	Chi ² Sig.	N	Egyáltalán nem fontos/ nem fontos	Fontos is és nem is	Fontos/ Nagyon fontos
Fontos, hogy legyen gyalogos/kerékpáros túralehetőség	23 év alatti fiatal	0,030	42	35,71%	33,33%	30,95%
	23–47 év közötti felnőtt		47	12,77%	21,28%	65,96%
	47 év feletti idősebb felnőtt		43	18,60%	23,26%	58,14%
Fontos, hogy a település kulturális programokat nyújtson	23 év alatti fiatal	0,008	42	21,43%	33,33%	45,24%
	23–47 év közötti felnőtt		47	4,26%	29,79%	65,96%
	47 év feletti idősebb felnőtt		43	11,63%	16,28%	72,09%
Fontos, hogy mozgalmas legyen, sokáig nyitva tartó vendéglátóhelyekkel	23 év alatti fiatal	0,000	42	23,81%	19,05%	57,14%
	23–47 év közötti felnőtt		47	14,89%	59,57%	25,53%
	47 év feletti idősebb felnőtt		43	41,86%	39,53%	18,60%

2. táblázat

**A nemek szerinti desztinációválasztás szempontjai
(keresztábra-elemzés)**

Forrás: saját kutatás, 2015

	Nem	Chi ² Sig.	N	Egyáltalán nem fontos/ nem fontos	Fontos is és nem is	Fontos/ Nagyon fontos
Fontos, hogy olyan hely legyen, ahol gyönyörköd- ni lehet a természetben	Férfi	0,002	46	2,17%	28,26%	65,57%
	Nő		86	2,33%	5,81%	91,86%

A nők és férfiak között egy esetben találtam szignifikáns különbséget (2. táblázat), a nők számára fontosabb a *szép természeti környezet* ($p = 0,002$). A nők szinte 100%-a inkább olyan egészségturisztikai desztinációt választ, ahol természeti látnivaló is található. A férfiaknál is magas ez az arány, de közel egyharmaduk számára ez a választási szempont semleges.

A jó vendég a törzsvendég

A törzsvendégek megbízhatóak, szokásaik ismertek, látogatásukra számítani lehet. Általában többet költenek, és véleményük sokat segíthet a szolgáltatások javításában (Michalkó 2004).

Saját kutatásom alapján elmondható, hogy magas azok aránya, akik egy adott egészségturisztikai desztinációt ismét meglátogatnak, a megkérdezettek kb. 60%-a visszajáró vendég. A legtöbben *Hévízre*, illetve a Balaton valamely településére látogatnak el ismét. Sokan nem konkrét várost említettek, hanem általánosságban wellness-szállodát vagy gyógyfürdőt, konkrét településként több alkalommal *Sárvárt*, *Zalakarost*, *Hajdúszoboszlót*, *Bükfürdőt*, *Egert* és *Egerszalókot*, nagyobb kiterjedésű földrajzi térségként a *Velencei-tavat*, az *Őrséget*, a *Bakonyt* vagy a *Mátrát* említették. A legkedveltebbek az ország leglátogatottabb települései, továbbá a rendkívül nyugodt, természetközeli, kevés zajártalommal rendelkező tájegységek.

A visszatérő vendégek számára fontos szolgáltatások

Bináris logisztikus regressziót alkalmaztam (3. táblázat), hogy megvizsgáljam, mely változók játszanak fontos szerepet a vendégek megtartásában. A logisztikus regressziós modellekben a függő változó kategorikus, jelen esetben 0 a változó, ha nem visszatérő és 1, ha visszatérő vendégről van szó. A *Hosmer-* és *Lemeshow-teszt* a bináris modellek mért adatokhoz történő illeszkedésének

vizsgálatára alkalmas, robusztus statisztika. A nullhipotézis – vagyis amikor a modell nem illeszkedik a mért adatokhoz – Sig. (p) 0,05 alatti értékek esetén lenne elfogadhatatlan. Esetünkben azonban a szignifikancia szintje a negyedik, vagyis utolsó lépésben $p = 0,540$, ami azt jelenti, hogy az illeszkedés megfelelőnek tekinthető.

A vizsgálat eredménye szerint a visszatérő vendégek számára az alábbi elemek fontosak:

- Teljes ellátás
- Orvos által felírt gyógykezelések elérhetősége
- Gyógyfürdő jelenléte
- A település esztétikai rendezettsége

Tehát ahhoz, hogy egy új vendégből visszatérő vendég váljék, olyan élményt kell megtapasztalnia, melynek során valóban át tudja magát adni a pihenésnek, a kikapcsolódásnak. Fontos, hogy a szálláshelyen teljes ellátás várja, mely megfelelő színvonalú szolgáltatásokat és kedves személyzetet takar. Ha sikerül megfelelően kiszolgálni a vendéget, akkor valószínűleg elégedetten távozik, és később ismét visszalátogat. Az eredményekből kiderül, hogy a törzsvendégek számára fontos a teljes ellátás.

Az egészségturizmusban résztvevő, visszatérő vendég számára lényeges, hogy az adott egészségturisztikai desztinációban legyen gyógyfürdő, ennél is fontosabb azonban, hogy orvos által felírt gyógykezelések is elérhetőek legyenek. Ha a gyógyfürdő és a kezelések is megfelelőek, akkor nagyobb a valószínűsége annak, hogy legközelebb a vendég nem választ másik desztinációt, és ugyanoda tér vissza.

Ez az eredmény utalhat arra is, hogy legfőképpen nem a kikapcsolódási, pihenési, hanem a gyógyulási, rehabilitációs céllal érkezők válnak törzsvendéggé. Erre további bizonyíték, hogy a nem visszatérő vendégek esetében nem feltétlenül a gyógyfürdő, sokkal inkább annak környezete a döntő szempont. Fontos, hogy a település esztétikailag rendezett legyen. Amennyiben ezzel, valamint a település infra- és szuprastruktúrájával a vendégek elégedettek, van esély arra, hogy az adott településre visszatérjenek.

3. táblázat

A „visszatérő vendég” magyarázó változói

Forrás: saját kutatás, 2015

Magyarázó változók	B érték	p-érték	Nagelkerke R ²	Függő változó
1. modell				
Legyen teljes ellátást biztosító csomagajánlattal rendelkező szálloda	-0,384	0,012	0,067	Visszatérő-e?
2. modell				
Legyen teljes ellátást biztosító csomagajánlattal rendelkező szálloda	-0,401	0,010	0,118	Visszatérő-e?
A település vagy közeli város esztétikailag rendezett legyen	-0,504	0,025		
3. modell				
Legyen teljes ellátást biztosító csomagajánlattal rendelkező szálloda	-0,526	0,002	0,169	Visszatérő-e?
Igénybe vehessen orvos által felírt gyógykezeléseket	0,315	0,021		
A település vagy közeli város esztétikailag rendezett legyen	-0,569	0,016		
4. modell				
Legyen teljes ellátást biztosító csomagajánlattal rendelkező szálloda	-0,507	0,004	0,231	Visszatérő-e?
Igénybe vehessen orvos által felírt gyógykezeléseket	0,475	0,002		
Legyen gyógyfürdő a településen	-0,481	0,009		
A település vagy közeli város esztétikailag rendezett legyen	-0,537	0,024		
Nem szignifikáns magyarázó változók				
Olcsó, de kényelmes és tiszta szálláshelyválaszték		0,490		Visszatérő-e?
Gyalogos/kerékpáros túralehetőség		0,761		
Magyarázó változók				
A település vagy közeli város nyújtson kulturális programokat		0,556		
Olyan hely legyen, ahol gyönyörködni lehet a természetben		0,176		
Mozgalmas legyen, sokáig nyitva tartó vendéglátóhelyekkel		0,537		
Kiváló étkezési lehetőségekkel rendelkezzen		0,099		
Közeli borvidékkel rendelkezzen		0,076		
A SZÉP-kártyát igénybe tudjam venni		0,199		

A jó egészségturisztikai élményhez szükséges tényezők

Az ISPA (*International Spa Association*) a „4R” fogalmának segítségével foglalta össze a spa-élményt. Az első elem a *relaxáció (relax)*, mely a stressz, a feszültség oldását jelenti. A második elem a *reflexió (reflect)*, mely az elmélyült gondolkodásra, a harmadik pedig a *revitalizáció (revitalise)*, mely a teljes felfrissülésre, az új energiák gyűjtésére utal. A negyedik elem a *jókedv (rejoice)*, vagyis a vidámság és felszabadultság. A 4R véleményem szerint nem csak a spa-élményre, hanem általában az egészségturizmusra – többek között legfőképpen a wellnessre, illetve a medical wellnessre – is jellemző.

Az egészségturizmus számos olyan, az egészségi állapota kedvező hatást gyakorló tényezővel rendelkezik, melyek az emberi szükségletek kielégítése során aktivizálódnak (*Maslow, 2003*). Az életminőség alapvető tényezője az egészség, az ezzel kapcsolatos utazásokat pedig a *Maslow* által megalkotott szükséglet-hierarchia legalsó szintjén található fiziológiai igények kielégítése motiválja. Tehát a gyógyulásnak és a jó közérzet biztosításának egyik legkellemesebb formája az egészségturizmusban való részvétel, így az ilyen motivációjú utazások közvetlenül hozzájárulnak az életminőség javulásához (*Michalkó-Rátz, 2011*).

Egy egészségturisztikai desztinációval kapcsolatos legfontosabb fogyasztói elvárások tehát az alábbiak:

- Olyan szolgáltatások széles kínálata, melyek együttesen képesek a test, a szellem és a lélek egyensúlyának megteremtésére
- Személyre szabott szolgáltatások
- Változatosság, gazdag programkínálat, különböző stílusú helyiségek, a nemzetközi konyhaművészet kínálatának felvonultatása
- Megfelelő fizikai környezet, vagyis megnyugtató atmoszféra, mind az elmélyülést, mind pedig a társadalmi interakciókat elősegítő térkialakítás, esztétikailag vonzó berendezés, természeti és társadalmi környezet
- Megfelelő személyzet, vagyis magas szintű szakmai képzettség, jó kommunikációs készség, kiegyensúlyozottság, az egyes területek munkatársai közötti folyamatos belső kommunikáció, optimális alkalmazott–vendég arány annak érdekében, hogy a vendég valóban személyes szolgáltatásban részesüljön, a munkatársak pedig ne érezzék túlhajszoltnak magukat (*Rátz 2001 és Saját kutatás 2014*).

Összefoglalás

A tanulmányban arra kerestem a választ, hogy egy egészségturisztikai desztináció kiválasztásánál milyen szempontokat mérlegelnek a látogatók. A tanulmány – 2015/3.

lapszámunkban megjelent – I. részében megismerhettük az egészségturizmus fogalmával kapcsolatos elképzeléseket, asszociációkat, véleményeket. Jelen tanulmányban a desztináció kiválasztásának, majd a visszatérő vendégek számára fontos szolgáltatások szempontjaira helyeztem a hangsúlyt. A vizsgálat során keresztábrák-elemzést és bináris logisztikus regressziót alkalmaztam.

Az eredmények szerint az egyik legfontosabb szempont a *szép természeti környezet*, majd a *település esztétikai rendezettsége*, az *olcsóbb árkategóriájú, de kényelmes és tiszta szálláshelyek*, a *kiváló étkezési lehetőségek* és a *kulturális programok*. A kulturális programok a kor előrehaladtával egyre fontosabbá válnak. A *sokáig nyitva tartó vendéglátóhelyek* a fiatalok számára a legfontosabbak. A *közeli túralehetőség* fontossága leginkább a 23–47 éves korosztályra jellemző. A *szép természeti környezet* a nők számára nagyon fontos.

Tehát ahhoz, hogy egy új vendégből visszatérő vendég váljék, olyan élményt kell megtapasztalnia, melynek során valóban át tudja magát adni a pihenésnek, a kapcsolódásnak. Fontos, hogy a szálláshelyen teljes ellátás várja, mely megfelelő színvonalú szolgáltatásokat és kedves személyzetet takar. Fontos, hogy a szálláshelyen teljes ellátás várja, mely megfelelő színvonalú szolgáltatásokat és kedves személyzetet takar.

Ha sikerül megfelelően kiszolgálni a vendéget, akkor valószínűleg elégedetten távozik, és később ismét visszalátogat. A kapott eredmény utalhat arra is, hogy legfőképpen nem a kikapcsolódási, pihenési, hanem a gyógyulási, rehabilitációs céllal érkezők válnak törzsvendéggé.

Az egészségturizmus számos olyan, az egészségi állapota kedvező hatást gyakorló tényezővel rendelkezik, melyek az emberi szükségletek kielégítése során aktivizálódnak.

Kulcsszavak: egészségturizmus, motiváció, wellness, kvantitatív kutatás

Abstract

In this publication I looked for the answer to the question, which viewpoints are considered, when a health tourism destination is chosen. In the previous '*Motivations factors of the health tourism, as tourism product*' publication I analyzed the answers of the open questions and could be get to know with the associations, opinions, conceptions refer to health tourism. Now I scrutinized the factors of the selection. I highlighted the important factors of the regular guests. I used crosstables and binary regression.

According to the results the most important factors of the selection are the *beautiful natural environment*; the *tidied, aesthetic settlement*; *comfortable accomodation with cheaper prices*; *excellent opportunities to eat and*



cultural programmes. For the elderly people the cultural programmes become more substantial. For the younger people are important the *busy places to entertain, which are open till late*. *Opportunities for hiking* are important factors for the age-group 23–47. The *beautiful natural environment* is essential for the women.

A guest will be regular one, if they will experience such things, which help them to have rest and relax. All-inclusive services at a hotel are important, which covers services with proper quality and nice hosts.

If the guests are pampered and served properly, it is

more probable, that they will be satisfied at their leaving, and will return. Results refer to the fact, that the guests with the aim of rehabilitation and recovery will be more surely regular ones, than the guests with the aim of only relaxing and have a rest.

To the entire mental and physical recreation is needed an all-inclusive service and entire problem-free time. Health tourism has many affects for the health statement, which activates during the satisfying of the needs.

Keywords: health tourism, motivation, wellness, quantitative research

IRODALOM

1. Dunn, H. (1959): „High-level wellness for man and society.” In: *American Journal of Public Health*, 49(6):786–792.
2. Hegedüs, Veronika (2006): „Az egészségturizmus fogalmi rendszerének és keresletének változásai Magyarországon.” In: *Földrajzi Értesítő*, 55(3–4):355–373.
3. <http://media.umwto.org/en/content/understanding-tourism-basic-glossary> Letöltve: 2015.04.15
4. Kiss Kornélia–Török Péter (2001): „Az egészségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati trendjei.” In: *Turizmus Bulletin*, 5(3): 7–14.
5. Kocziszky György (2004): „Egészségügyi klaszterek kialakításának lehetőségei az Észak-Magyarországi Régióban.” In: *Észak-Magyarországi Stratégiai Füzetek*, 1(2):3–32.
6. Maslow, A. (2003): *A lét pszichológiája felé*. Ursus Libris, Budapest.
7. Michalkó Gábor (2004): *A turizmuselmélet alapjai*. Kodolányi János Főiskola, Székesfehérvár.
8. Michalkó Gábor–Rátz Tamara (2011): *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.
9. Mueller, H.–Kaufmann, E.L. (2001): „Wellness Tourism: Market Analysis of a Special Tourism Segment and Implications for the Hotel Industry.” In: *Journal of Vacation Marketing* 7(1):5–17.
10. *Nemzeti Turizmusfejlesztési koncepció (2014–2020)*
<https://www.nth.gov.hu/hu/media/download/260>
11. Puczkó László–Smith, M. (2010): *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
12. Rátz Tamara (2001): „Zennis és Lomi Lomi, avagy új trendek az egészségturizmusban.” In: *Turizmus Bulletin*, 5(4)
13. *Turizmus Statisztika* <http://neta.itthon.hu/szakmai-oldalak/letoltesek/turizmus-magyarorszag> Letöltve: 2015.04.10



A szülés körüli történések hatása a gyermekágy során kialakuló anyai hangulatváltozásokra

Primer prevenció javaslatok

Járfás Vivien szülésznő-hallgató (IV. évfolyam),¹
Lipienné Krémer Ibolya tanársegéd,¹
Dr. Hoyer Mária főiskolai docens, tanszékvezető²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Alkalmazott Pszichológia Tanszék

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepli a család első nemzetközi éve. Az Egyesült Nemzetek Szövetsége az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányítja a figyelmet: 2014 a család nemzetközi éve lesz, május 15-ét pedig a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánították. Az évforduló egyben arra is lehetőséget ad, hogy áttekintsék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja (www.family2014.org).

A tematikus év súlypontjai között szerepel a családi szegénység leküzdése, a szociális kirekesztődés megakadályozása, a család és a munka viszonyának problémái, a szociális integráció előmozdítása és a generációk közötti szolidaritás erősítése, a családi struktúrák változásainak vizsgálata, valamint a családbarát döntéshozatalt ösztönző javaslatok kidolgozása.

A *Nemzetközi Családfejlesztési Szövetség (International Federation for Family Development – IFED)* az évforduló kapcsán arra kéri a tagországokat: vegyék figyelembe a családokat érintő társadalmi és gazdasági körülményeket, segítsék a családbarát intézkedéseket, melyek célja, hogy a családok számára fenntartható, megfizethető és minőségi életkörülményeket biztosítsanak, elismerve a családoknak a társadalmi kohézió, valamint a gazdasági fejlődés elősegítésében játszott szerepét.

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit, majd az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, illetve középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáltuk. Ismertettük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel 2014 áprilisában, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit; a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatását; a családalapítás útvesztőinek, az elakadások megelőzésének lehetőségeit; a szülésznők várandósgondozás során játszott, megváltozott preventív szerepét; valamint a németországi *KITA*-intézményekben végzett pedagógiai munkát.

A HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálatának szentelt tanulmányunkban egy édesanya és leányaik körében végzett kutatás eredményeit ismertettük. Következő lapszámunkban – két éven át tartó sorozatunk befejezéseként – a szülésznők HPV-fertőzés megelőzésében, valamint mozgásukban korlátozott várandós nők ellátásában játszott egészségnevelési szerepének fontosságát mutatjuk be.

(A szerk.)



Bevezetés

Annak valószínűsége, hogy valaki élete során *major depresszióban* szenvedjen, 15% (ebben az esetben a depresszióra jellemző tünetek nagy része észlelhető, és kifejezett formát ölt). Ez az arány nőknél azonban a 25%-ot is elérheti (vizsgálatok alapján kimondható, hogy a depresszió nőknél kétszer-háromszor gyakoribb, mint férfiaknál) (8). Nőknél a hormonális változással járó periódusok – a premenstruális időszak, a várandósság és a posztpartum időszaka, valamint a klimaktérium – a legkifejezettebben sérülékeny időszakok.

Ehhez adódik, hogy a női szerepekről alkotott általános vélemény átalakult, a nőkre már nem csak anyaként tekintenek. A várandósság hónapjait, a szülést, valamint az azt követő időszakot mindig csodálatosnak állítják be, azonban a leendő anyákat nem informálják kellő körültekintéssel az ezen időszakot jellemző nehézségekről, a természetesen jelentkező hangulatingadozásokról, a kialvatlanság okozta feszültségről, a testi panaszokról (a méh involúciója, a tejbelövellés következtében a mellék feszülése, a hasi seb/gátseb gyógyulása), és arról, hogy az anyai szereppel való azonosulás nem mindig esik egybe az újszülött megszületésével.

Sokszor meglepedkeznek arról, hogy a szülés, a gyermek érkezése indukálta számos változás nem csak az édesanyát, hanem az egész családot érinti, és optimális esetben egyetlen édesanya sem maradhatna egyedül ezen feladatok megoldásában (16, 17).

A várandósság során megváltozik az anyai szervezet hormontermelése, ami kihat az idegrendszer működésére is, így trimeszterenként más és más érzelmek kerülnek középpontba.

Az *1. trimeszterben* az öröm és a bizonytalanság kettőse jellemző, ebben az időszakban szinte általánosnak mondható a közérzet zavara (émelygés, hányinger, hányás) is. A várandósok a *2. trimeszterben* a legkiegyensúlyozottabbak, ekkor sem testi, sem lelki panaszok nem jellemzőek. A *3. trimeszterben* ismét közérzeti panaszok (elnehazedettség) figyelhetők meg (13). Ezenkívül megjelenik a kismamák félelme mind a szüléstől, mind az azt követő időszaktól, így elmondható, hogy ilyenkor a családnak és a várandósgondozásban közreműködőknek fokozott figyelmet kell fordítaniuk a leendő anyákra.

A várandósság folyamán megváltozik a várandós nő kapcsolatrendszerére is. Először a magzatot kell a szeretet érzésével elfogadnia. Változik kapcsolata a párjával is, hiszen új szerepre, a szülői szerepre kell készülniük. Édesanyjával való kapcsolata is átrendeződik, gyermekszerepből egyenrangú, partneri helyzetbe kerül. Változik önmagához való viszonya, saját nőiességéről kialakult

képe is. A terhesség előrehaladtával egyre nagyobb mértékben nő igénye a gyengédségre, a törődésre és a biztonságra (3, 16).

A gyermekvárás és szülés, mint természetes krízis

A krízis önmagában nem tekinthető betegségnek, de betegséget okozhat azáltal, hogy a kialakult válsághelyzet valamely korábbi, viszonylagos egyensúlyi állapot felbomlásával jár (7). Az anyává válás teljesen felborítja a nő életének addigi egyensúlyát. Ez a krízis akár a pubertáshoz is hasonlítható, a változások – mind testi, mind lelki síkon – olyannyira mélyrehatóak. A személyiség teljes újriformálódása lelki nehézségek forrásává is válhat. A várandósság olyan önazonossági krízis, mely megváltoztatja nemcsak a várandós, hanem a házastársak és a család életét is. Ilyen feltételek közepette a szülés utáni időszak különösen nehéz az újdonsült anyák számára (1).

A hangulatzavarokról általában

Az egészséges ember normál esetben képes hangulátváltozásait és érzelmi megnyilvánulásait kontrollálni. A hangulatzavarokban (kedélybetegségek) a hangulat tartósan valamely szélső irányba tolódik, melyet a környezet történései egyáltalán nem, vagy csak kis mértékben befolyásolnak. Ez a zavar kihat az érzelmi viszonyulásokra és reakciókra is, így legszembetűnőbb tünete az érzelmi élet zavarai lesz látható.

Az érzelmi élet károsodása kihat a kognitív folyamatokra, az energiaszintre, az aktivitásra; komplex pszichobiológiai szindrómaként jelentkezik. Az általános szubjektív változások mellett mind biológiai, mind szociális változások is megfigyelhetők. Az esetek többségében ismétlődő vagy krónikus lefolyás tapasztalható, mely jelentősen csökkenti a produktív élettartamot (8).

Minden depressziós egyénre jellemző a kognitív triász, mely egy automatikus, visszatérő, nehezen kontrollálható negatív szemlélet önmagáról, a világról, és a jövő(jé)ről (8). A hangulatzavarok előfordulása a felnőtt populációban az irodalmi adatok szerint 8,3–24,2%, vagyis a leggyakrabban előforduló pszichiátriai tünetegyüttesek egyike. A depressziós epizód minden vizsgálóhely szerint kétszer-háromszor gyakoribb nőknél, mint férfiaknál (9).

Terápia

Tekintettel arra, hogy a hangulatzavarok krónikus betegségek és gyakori a visszaesés, kezelésük sokszor élethosszig tart. Súlyosabb esetekben elengedhetetlen a gyógy-

LEVELEZÉSI CÍM:

Járfás Vivien, Telefon: +36-20-352-5488. E-mail: vivien.jarfas@freemail.hu



szeres kezelés és pszichoterápia is alkalmazható: *szupportív pszichoterápia (pszichoterápiás vezetés), kognitív viselkedésterápia, pár- és családterápia.*

Nemi különbségek a pszichiátriában

Napjainkban a női nem szerepeinek folyamatos bővülése figyelhető meg. A társadalmi változásokra jellemző siker- és teljesítményorientáltság, valamint pénzközpon-túság a férfiszerepeköröknek kedvez, ugyanakkor előtérbe került a hagyományos női szerepek – ezzel párhuzamosan a család fontosságának – hangsúlyozása. Míg a férfiak főként munkájukban, illetve az előbbiekben említett javak megszerzésében érik el sikereiket, addig a nők számára leginkább a család, az anyaszerep, valamint a hagyományos női szerepek jelentik a sikerélményt, melyek azonban sokkal kevésbé jelentenek valós örömeteliséget, hiszen a társadalom az „anyai tevékenységet” nem ismeri el kellőképpen. Főként ezen társadalmi változások vezethetnek oda, hogy a nők kénytelenek kompromisszumokat kötni, mely szerepkonfliktusok kialakulását eredményezheti (8).

A női életszakasok és pszichiátriai megbetegedések kapcsolata

A sérülékeny időszakokat tekintve férfiak és nők között már gyermekkortól különbséget találunk. A nőknél legfőképp a hormonális változással járó időszakok (premenstruális időszak, terhesség és posztpartum, klimaktérium) a legjelentősebben vulnérabilis időszakok. Nők között – a kultúrától, a vallástól és más szociológiai tényezőktől függetlenül – magasabb a depresszió és a szorongásos kórképek előfordulási aránya. Ilyen szoros összefüggést más pszichiátriai problémáknál eddig még nem mutattak ki. Az is régóta bizonyított, hogy a premenstruális időszakban, a posztnatális periódusban és a perimenopauza alatt fokozott a hangulatzavarok kialakulása (8).

A PUBERTÁS IDŐSZAKA

Ebben az életszakaszban főként a szorongásos betegségek megjelenése jellemző. A menstruációs ciklus elindulásával jellegzetes élettani és pszichológiai változások is bekövetkeznek (8).

A PREMENSTRUÁLIS IDŐSZAK

Az ebben az időszakban jelentkező tünetegyüttes előfordulása 75%, vagy ennél is magasabb lehet. A tünetek manifesztációja sokféle lehet, az enyhe formától az egészen súlyos pszichés változásokkal járóig. Általában

a menstruációt megelőző egy hétben feszültségérzés, hangulati változékonyság, irritabilitás, csökkent érdeklődés, emlőfeszülés, hasi diszkomfortérzés jelentkezik. A menstruációval egy időben, vagy az annak megkezdődését követő napokban a tünetek elmúlnak (8).

TERHESSÉG ÉS DEPRESSZIÓ

A terhesség alatti pszichiátriai problémák – leginkább a depresszió – előfordulási gyakorisága egy „kétcsúcús görbe”, vagyis az első és az utolsó trimeszterben található egy-egy csúcús. A *minor depressziók* (kevésbé súlyos tünetek jellemzik, mint a klinikai szintű depressziót) és a *szubdepresszív* (depressziót megelőző) állapotok az első trimeszterben a leggyakoribbak (8). A harmadik trimeszterben megsokszorozódnak a szorongásos, major depressziós, közvetlenül a szülés körül pedig a súlyos, pszichotikus állapotok (bipoláris, affektív, skizofrén).

A POSZTPARTUM IDŐSZAKA

1. *A posztpartum (baby) blues prevalenciája 50–85%. Átmeneti, minor affektív (a hangulati élet nem súlyos tüneteivel járó) zavaroknak tekintendő. A baby blues napjainkban alkalmazkodási nehézségnek tartják, mely néhány napig korlátozza a kismama képességeit. Angol elnevezését a négyütemű, lassú ritmusú blues után kapta, melyben a fekete bőrű amerikai rabszolgák énekelték meg szenvedéseiket. Ez a kifejezés jól példázza azt a belső zaklatottságot, melyet a nő a szülés utáni napokban átél (1).*

A szülést követően – leggyakrabban a harmadik-negyedik nap táján – enyhe, átmeneti lehangoltságérzés figyelhető meg, mely általában néhány nap alatt magától elmúlik, kezelést nem igényel. A *baby blues* nyomán követése azért is fontos, mert az ebben szenvedő nők 20%-ánál a szülést követő egy évben posztpartum depresszió alakul ki (főként bipoláris depresszióval kapcsolatban mutattak ki összefüggéseket), valamint a *baby blues* közvetlenül is átalakulhat gyermekágyi depresszióvá (5, 23, 24).

A gyermekágyi lehangoltság tünetei az érzelmi labilitás, az érzékenység, a sírás, az alvászavarok, a lehangoltságérzés, a hangulatváltozások, a sérülékenység- és érzéketlenség-érzés, a türelmetlenség és a nyugtalanság. A klinikai képre jellemző a hangulati labilitás, az ingerlékenység, a kontrollálhatatlan sírási epizódok és a szorongás fokozódása. Tipikus még továbbá a reménytelenség, a magány és az állandó feszültség érzése (11).

A *baby blues* elsődleges oka a hormonális működés ingadozása és az ösztrogénszint hirtelen bekövetkező, drasztikus csökkenése. Emellett a kismamának igen rövid idő alatt a terhesség alatt megtapasztalt teljesség érzése helyett az ürességhez kell hozzászokniuk. Ez azért is nehéz, mert a várandósság alatt a nő állt a figyelem

1. táblázat

**Korábbi pszichés megbetegedés esetén
elért pontszámok**

	Előfordult-e Önnél a korábbiakban pszichés megbetegedés?	N (11)	Átlag	Szórás
EPDS	Igen	11	7,73	2,533
	Nem	100	6,46	4,389
BDI	Igen	11	13,64	2,378
	Nem	100	11,99	2,661

középpontjában, azonban a szülés után a gyermek. A nő ilyenkor tehát gyászol: egyrészt elveszíti a várandósság alatti teljesség érzését, másrészt a gyermeket, aki eddig csak képzeletében élt (1).

2. *A posztpartum (posztnatális) depresszió prevalenciája 10–20%. A szülést követő egy éven belül jelentkező, két hétnél tovább tartó, a legtöbb esetben már orvosi beavatkozást és kezelést igénylő állapot. A későbbi szüléseknél magas a visszaesés aránya (30–50%) (8). A legsúlyosabb esetekben pszichotikus tünetek és szuicid veszélyeztetettség is fennáll, mely súlyos következményekkel is járhat (öngyilkosság, a gyermek ellen forduló emberölés) (5).*

A posztpartum depresszió megzavarja a korai anya-gyermek kapcsolat kialakulását, ezért a gyermek fejlődésében is károkat okozhat (8).

Típusos esetben a szülést követő 2–4 hét múlva megjelenik a kedvetlenség, örömtelenség érzése. A kismama észreveszi, hogy a gyermek ellátása már nem okoz örömet számára. Feszültté és idegessé válik, valamint kialakulhat a gyermek ellátásának képtelenségével kapcsolatos érzés is. Sokszor próbálják ezt a kialvatlansággal, fáradtsággal magyarázni, ezért nem fordulnak orvoshoz. Súlyosabb eseteknél a folyamatos fáradtságérzés és energiahiány büntudatot is kelthet az anyában. Ekkor hibás kognitív sémák általi gondolkodásmód jellemző, melyet már az anya környezete is észrevesz. Az anyáknál ilyenkor jellemző az önvád, és ez olyan méreteket ölthet, mely önmagára és gyermekére is veszélyes állapot kialakulásához vezethet (8).

Több kutatás is kimutatta, hogy a gyermekágyi depressziót tekintve az alacsonyabb anyai életkor kockázati tényező (11). Szintén magasabb a szülés utáni depresszió az először szülő nők között, valamint náluk sokkal súlyosabb a gyermekágyi lehangoltság is (11). Egy hazai kutatás azonban ennek az ellenkezőjét mutatta ki, miszerint multiparáknál mind a terhesség, mind a gyermekágyi időszakában nagyobb az érzékenységi hangulatzavarok kialakulására (6). Kapcsolatot találtak a pozitív egyéni és családi anamnézis, valamint a szülés utáni depressziók között is (10, 123).

3. *A posztpartum pszichózis prevalenciája 0,1–0,2%. Főként akut kezdettel, súlyos tünetekkel a szülést követő 2–3. héten jelentkeznek. Gyakorisága 1000 szülésből 1 (8). Először szülőknél magasabb az arány, ott 500 szülésből 1 (12). A rizikófaktorok között a pozitív családi anamnézis, illetve pozitív egyéni anamnézis, ismert pszichiátriai betegség (bipoláris zavar, skizofrénia, skizoaffektív kórkép) szerepelnek. Kutatások támasztják alá, hogy a gyermekágyi pszichózis leginkább azoknál a nőknél alakul ki, akik anyjukra ambivalens, vagy negatív érzésekkel reagálnak; személyiségvonásukra jellemző a neuroticizmus (11). A posztpartum pszichózisok legtragikusabb szövődménye a szuicídium.*

A PERIMENOPAUZÁLIS IDŐSZAK

A perimenopauzális időszak egy hosszantartó, jelentős pszichológiai és biológiai változásokkal járó életszakasz. A menopauza általában 40–55 éves kor között kezdődik. Ebben az időszakban a hormonális változásokhoz testi, vegetatív és pszichés tünetek társulnak, melyek sokszor elfedik a kialakuló/kialakult depressziót (8).

A posztpartum depresszió sajátosságai

1. A szülés utáni depresszióra jellemző a hirtelen kezdet, mely a szülést követő 4–14 napon belül az esetek döntő többségében jelentkeznek. Főként a hangulat és a gondolkodás zavara, valamint a szorongás és az aggodalom, valamint az újszülött ellátásának elhanyagolása jellemző (24).

2. A helyzet speciális jellegét az adja, hogy egy boldog szituációban manifesztálódik, ezért az anya és a környezete számára is szokatlan (24).

3. A kezdeti tünetek sokszor nem hívják fel kellőképpen a figyelmet a kialakuló zavarra, ezért megeshet, hogy csak súlyosabb állapotában ismerik fel, így később kezdődhet a kezelés (24).

4. Fontos, hogy a *baby blues* fennállását se hanyagoljuk el, hiszen – mint azt kimutatták – fokozhatja a súlyosabb hangulatzavarok kialakulásának veszélyét (24).

A vizsgálat célja

A vizsgálatunk célkitűzése, hogy felderítsük azokat a szülés körüli történéseket, melyek az anyai hangulatzavarok kialakulására hatással lehetnek.

Vizsgálati anyag és módszer

A kutatásunk során alkalmazott mérőskálák

BECK-FÉLE RÖVIDÍTETT DEPRESSZIÓ-KÉRDŐÍV (BDI-R)

A depressziós tünetegyüttes súlyosságának megítélésére szolgáló, nem diagnosztikus célzattal készült, önkitöltős mérőeszköz. A kérdőívnek egy hosszabb (huszonegy tételes) és egy rövidebb (kilenc tételes) változata ismert (2). A kérdőívet *Kopp és munkatársai* fordították magyar nyelvre. A mérőeszköz Cronbach alfa koefficiense – mely a tesztmegbízhatóságát mutatja – 0,85. Kijelenthető, hogy az általunk használt rövidített Beck-depressziós skála megbízhatóan alkalmazható a hangulatzavarok felderítésére (11). A csoportosított tételek közül a páciensnek a saját érzéseit leginkább jellemző állításokat egy 0-tól 3-ig terjedő skálán kell kiválasztania.

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Az EPDS-t *Cox és munkatársai* dolgozták ki a hangulatzavarban szenvedő nők (ki)szűrésére. Eredetileg a posztpartum hangulatzavarok felderítésére tervezték, de már a várandósság során is megbízhatóan alkalmazható. A teszt 10 kérdésből áll, melyeket az anyának úgy kell megválaszolnia, hogy nem csak jelen állapotát, hanem az elmúlt 7 nap alatti érzéseit is figyelembe kell vennie. A teszt Cronbach alfa koefficiense 0,821, tehát biztonsággal alkalmazható a hangulatzavarok előrejelzésére (11).

Minden állításnál egy négyfokozatú skálán (0–3 pont között) lehet kiválasztani a választ, így a teszt összpontszáma 30 pont (14). Vizsgálataink tárgyát a szülés körüli történések és a szülés után kialakuló hangulatváltozások közötti összefüggések felderítése képezte.

A kutatás során 150 darab kérdőívet osztottunk ki a tatabányai *Szent Borbála Kórház*, valamint a budapesti *Bajcsy-Zsilinszky Kórház* szülészeti osztályain a 3. napos gyermekágyasok között. A tatabányai kórházban 2014. március 14–31. között, míg a budapesti kórházban 2014. február 10.–március 23., szeptember 8–28., november 24.–december 7., valamint 2015. február 9–28. között osztottuk ki a kérdőíveket, főigazgatói engedéllyel. A kérdőívek feldolgozásához az SPSS 22 programot

használtuk fel. A kiosztott 150 darab kérdőívből 111 darab volt értékelhető. A válaszadók átlagéletkora 29,66 év, a legfiatalabb kitöltő 16, a legidősebb kitöltő 42 éves volt. A 111 résztvevőből 59 kitöltő volt először szülő, vagyis a válaszadók 53,2%-a. A kitöltő anyák közül 11 főnél, tehát 9,9%-nál fordult elő a korábbiakban pszichés megbetegedés, míg a válaszadó anyák családjában 28 főnél, vagyis 25,2%-nál fordult elő depressziós megbetegedés.

Kutatási eredmények

Feltételeztük, hogy az anyánál a korábbiakban előfordult pszichés megbetegedés fokozza a gyermekágyi hangulatzavar kialakulását. Így a pozitív anamnézissel rendelkező anyák BDI- és EPDS-teszteken elért eredményeit függetlenmintás t-próbával vizsgáltuk. A szignifikancia határát 0,05-nél határoztuk meg. Kutatásunkban a valószínűség (p) 0,52, vagyis a BDI tekintetében erős tendenciaszerűséget mutat. Az anyák által elért átlagpontokat a *1. táblázatban* láthatjuk.

Feltételeztük, hogy az anya családjában előfordult depresszió esetén várható, hogy a szülés után hangulatzavar alakul ki. Így a pozitív családi anamnézissel rendelkező anyák eredményeit összehasonlítottuk a többi gyermekágyaséval. Itt is függetlenmintás t-próbát alkalmaztunk, a szignifikancia határa ebben az esetben is 0,05 volt. A BDI tekintetében ebben az esetben is erős tendenciaszerűséget mutattunk ki, hiszen a valószínűség (p) 0,53. A *2. táblázat* az elért átlagértékeket mutatja.

Úgy gondoltuk, hogy az először szülő nők esetében nagyobb az esély a szülés után jelentkező hangulatzavarok kialakulására. Mivel ebben az esetben több csoportra kellett bontanunk a mintát, ennél a vizsgálati résznél az ANOVA-módszert alkalmaztuk. A módszer a mintát több csoportra bontva, egy adott tényező mentén vizsgálja a csoportok értékeit, viszont nem mutat csoport-átlagértéket, ezért olyan utóteszt alkalmazása szükséges, ami képes igazolni, hogy mely csoportok között található szignifikáns eltérés. A szignifikancia határa ebben az esetben is 0,05 volt. Kutatásunk során az LSD-tesztet alkalmaztuk utótesztként, mely részletesen bemutatja, hogy a csoportok között hol található szignifikancia. Ebben a vizsgálati részben mind a BDI, mind az EPDS tekintetében szignifikáns eltérést mutattunk ki a szülések számát tekintve. A BDI-nél a valószínűség (p) 0,50, míg az EPDS-nél (p) 0,10. A valószínűségi értékeket a *3. táblázat* mutatja, míg a szülések számának eloszlását az *1. ábra* szemlélteti.

Megbeszélés, javaslatok

Mint kutatásunkkal is igazoltuk, nagyon fontos, hogy a várandósgondozásban résztvevők – orvosok, szülész-

2. táblázat

**A családban előfordult depresszió esetén
elért anyai átlagpontszámok**

	Családjában előfordult-e depressziós megbetegedés?	N (28)	Átlag	Szórás
EPDS	Igen	28	6,75	4,486
	Nem	83	6,53	4,194
BDI	Igen	28	13,29	3,819
	Nem	83	11,77	2,044

3. táblázat

Valószínűségi értékek

	ANOVA	Átlag négyzet	F	Valószínűség (p)
EPDS	Csoporton belüli érték	66,005	3,953	0,10
	Csoporton kívüli érték	16,697		
BDI	Csoporton belüli érték	18,513	2,684	,050
	Csoporton kívüli érték	6,897		

nők, védőnők – még nagyobb hangsúlyt fektessenek az anya pszichés gondozására, a szülésre, valamint az azt követő időszakra való felkészítésre. Eredményeinkkel felhívjuk a figyelmet arra, hogy mennyire fontos az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek a gyermekágyi hangulatzavarokkal kapcsolatos továbbképzése, hiszen minél korábban ismerjük fel a jelentkező lehangoltságot, annál hamarabb kezdetjük el a megfelelő kezelést, súlyosabb problémák kialakulását megakadályozva.

Hatékonyabban segíthetnénk abban, hogy idejében felismerhetőek legyenek a posztpartum időszakban jelentkező affektív zavarok, illetve – megfelelő kezeléssel – elkerülhetővé váljon a súlyos állapotok kialakulása.

Eredményeinkre alapozottan is egyetértünk azzal a szakmai ajánlással, mely szerint nagyobb hangsúlyt kell helyezni a primer prevencióra, a szemléletváltásra (21), illetve az egyes szférákban dolgozók összehangoltabb együttműködésére is (18). Ez amiatt is lényeges, mivel a 2014. július 1. előtti időszakban a szülő nők felkészítéséből bizonyos szempontból kimaradtak a szülésznők (22), viszont a 26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendeletben (25) foglaltak értelmében a szülésznők már nem csak a szülésnél vannak jelen, hanem – önálló kompetencia keretén belül – várandósgondozást is végezhetnek, melynek egyik kiemelkedő eleme az egészségnevelés.

Eredményeink tükrében szintén osztjuk azt a szakmai véleményt, mely szerint a szülő nők fizikális állapotán túl sokkal nagyobb figyelmet kell fordítanunk a pszichés tényezőkre, a szülésre felkészítő foglalkozások keretén belül a párok szülői feladatokra történő közös, az egyéni gondozás során a család egészének felkészítésére – ezzel

is csökkentve az édesanyák egyszemélyes felelősségét –, valamint új módszerek bevezetésére (20, 17, 19).

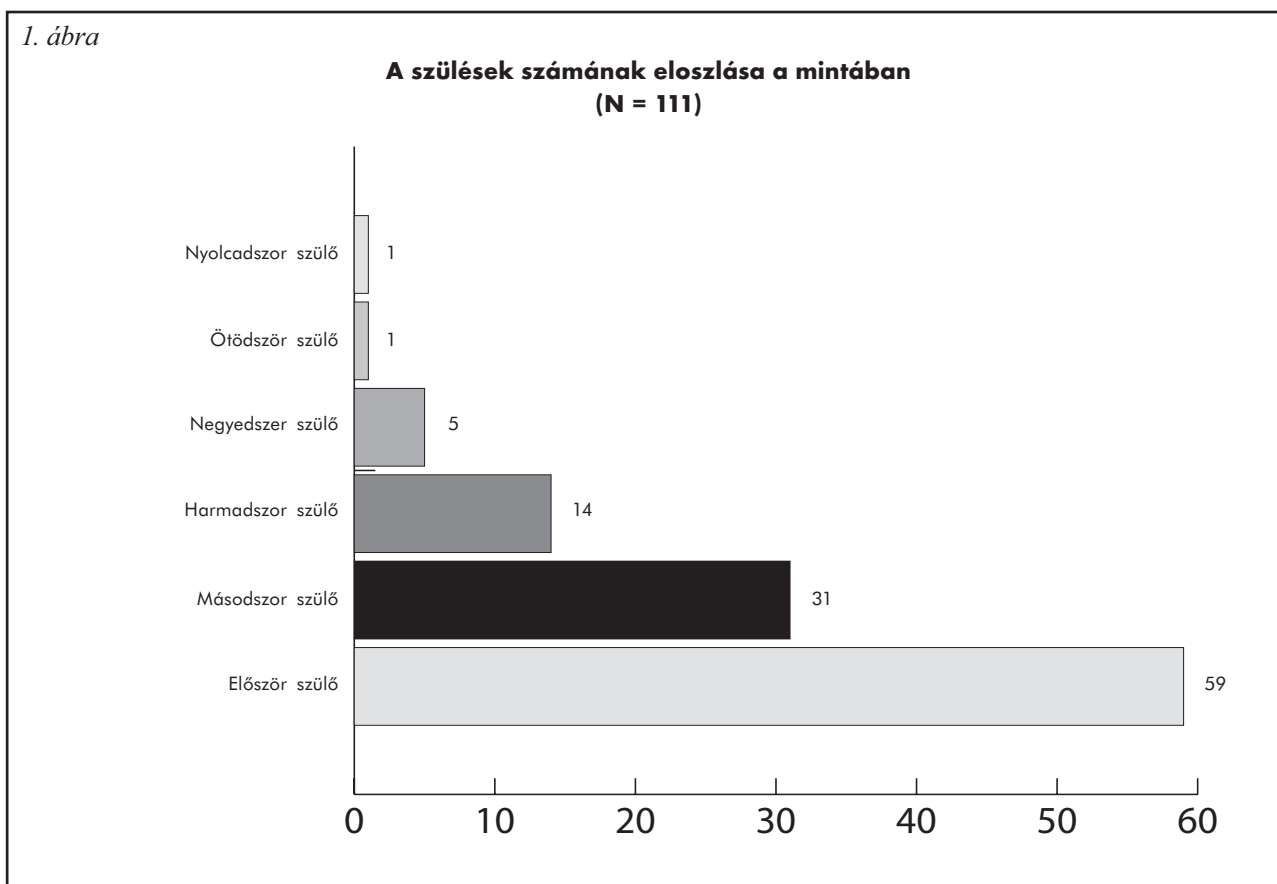
További primer prevenciók lehetőségei, feladatok

Már a várandósgondozás során különösen nagy odafigyelést igényelnek azon kismamák, akik családjában előfordult depresszió, illetve a várandósnál is előfordult a korábbiakban pszichés megbetegedés. Nagyobb odafigyelés szükséges továbbá a primiparák esetében, hiszen – mint eredményeink is bizonyították – náluk szignifikánsan magasabb a depresszió kialakulásának kockázata.

Ezen tényezők már a várandós első megjelenésekor felderítendőek, így lehetőség nyílik arra, hogy a várandósgondozás során végig figyelemmel kísérhessük a leendő anyát, segítsünk mind neki, mind a leendő apának, és (akár) még a családnak is abban, hogy a születendő gyermek megfelelő családba érkezzen, hogy a várandósság kilenc hónapja és a szülés utáni időszak valóban csodálatos lehessen.

Összefoglalás

Bevezetés: Kutatásunk témája kiemelkedő jelentőségű, hiszen egy olyan problémára szeretnénk felhívni a figyelmet, mellyel nagyon keveset foglalkoznak, legtöbbször csak legyintenek rá. A szülés után kialakuló hangulatzavarok felismerése és kezelése azért is különösen fontos, mert az anya pszichés megbetegedése zavart okozhat



a gyermekkel való kötődésben, valamint az egész családra is kihathat.

Kutatásunk során azt tapasztaltuk, hogy az elmúlt pár évet tekintve nem született olyan hazai tanulmány, mely a posztpartum időszakban létrejövő hangulatzavarokat vizsgálta volna, míg külföldi folyóiratokban folyamatosan találunk a témával kapcsolatos kutatási eredményeket.

Célkitűzés: Kutatásunkban a perinatális történések anyai hangulatváltozásokra gyakorolt hatásait vizsgáltuk. Továbbá célként tűztük ki, hogy felderítsük azokat a tényezőket, melyek a posztpartum affektív zavarok (az érzelmi élet zavarai) kialakulásában szerepet játszanak.

Minta és módszer: A vizsgálatokhoz három kérdőívet használtunk: EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), BDI-R (*Beck Depression Inventory, shortened version*) valamint egy általunk összeállított kérdéssort, mely a perinatális történésekre és szociodemográfiai adatokra vonatkozott. A kutatás során 150 darab kérdőívet osztottunk ki a tatabányai *Szent Borbála Kórház*, valamint a budapesti *Bajcsy-Zsilinszky Kórház* szülészeti osztályain a 3. napos gyermekágyasok között, melyekből 111 volt értékelhető. A tatabányai kórházban 2014. március 14–31. között, míg a budapesti kórházban 2014. február 10.–március 23., szeptember 8–28., november 24.–december 7., valamint 2015. február 9–28. között osztot-

tuk ki a kérdőíveket, főigazgatói engedéllyel. A kérdőívek feldolgozásához az SPSS 22 programot használtuk fel.

Eredmények: Vizsgálataink szignifikáns eredményeket mutattak az először szülő nőknél mind a BDI ($p = 0,50$), mind az EPDS (0,10) tekintetében. Tendencia mutatkozott a BDI-értékekben ($p = 0,52$) azon anyáknál, akiknél a korábbiakban előfordult pszichés megbetegedés, illetve erős tendencia mutatkozott ($p = 0,53$) azon anyáknál is, akik családjában már előfordult depressziós megbetegedés.

Következtetések: A tendenciaszerűen emelkedett BDI- és EPDS-értékek miatt szükséges lenne a vizsgálat minél szélesebb körre történő kiterjesztése, hiszen így ezen alaposabban meg tudnánk vizsgálni.

Javaslatok: Nagyon fontos lenne a témában történő továbbképzések szervezése egészségfejlesztő szakemberek számára, melyek segíthetnének abban, hogy a posztpartum időszakban jelentkező affektív zavarok idejében felismerhetőek legyenek, így megfelelő kezeléssel elkerülhetővé váljon a súlyos állapotok kialakulása. A gyermekágyi időszakban jelentkező hangulatzavarok felismerésére is nagyobb figyelmet kell fordítani. Eredményeinkre alapozottan is egyetértünk azzal a szakmai ajánlással, mely szerint szemléletváltásra, az egyes szférákban dolgozók összehangoltabb együttmű-



ködésére, az egyéni gondozás során a család egészének felkészítésére, valamint új felkészítő módszerek bevezetésére van szükség.

Abstract

Introduction: Our research's topic is of significant importance as we would like to draw attention to a problem, which is neglected, and in many cases people just slight it. The recognition and the treatment of the postpartum mood disorders are very important- because the mother's problem is not just the problem of one person- it can also disturb the attachment to her child, and can affect the whole family.

Through our research we have experienced -that in the last few years there weren't any domestic studies, which would have examined the postpartum mood disorders – but in the foreign periodicals we can successively find many investigational researches on this topic.

Objective: In our research we examined the effects of perinatal events on postpartum mood disorders. Furthermore, our objective was to explore those factors – which can cause postpartum mood disorders.

Theme and method: We applied three questionnaires, those were:

1. EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)
2. BDI-R (*Beck Depression Inventory-shortened version*)
3. *Our questionnaire about the perinatal events*

We gave out our questionnaires in Tatabánya, *Szent Borbála Hospital* between 14–31st March 2014, and in Budapest, *Bajcsy-Zsilinszky Hospital* between 10th February–23rd March 2014, 8–28th September 2014, 24th November–7th December 2014, and between 9–28th February 2015 for the third day mothers. The processing happened with the SPSS 22 system.

Results: Our research showed significant results by the 1st birth mothers in the EPDS (0,10) and BDI (0,50) too.

Tendency was shown in the following cases:

1. by previous psychotic morbidity at the mother in BDI (p=0,52)
2. by previous depression in the mother's family in BDI (p=0,53)

Conclusion: As the values in BDI and EPDS have tendentially elevated, we think we should spread out our questionnaire for a wider mass, then we could profusely review the tendentially elevated values.

Suggestion: It would be very important to organise more postgraduate courses for healthinnovator professionals, which could help to recognise the postpartum mood disorders in time and with an early treatment it would be possible to avoid further serious disorders.

We also have to check the disorders – which might appear in the subsequent postpartum. Based on our results we accept the professional recommendations – which says we would need to change our approach, we should cooperate, we should prepare the whole family – and we would need to introduce new methods.

IRODALOM

1. Antoine, C. (2007): *A terhesség és az anyaság pszichológiája*. Saxum, Budapest.
2. Beck, A. T.–Beck, R. W. (1972): *Shortened version of BDI*.
3. C. Molnár, E. (1994): *A praenatalis élet és a terhesség pszichológiája*. Bölcsész-könyvek, KIADÓ? 1217–3673.
4. C. Molnár, E. (2007): *A nő ezer arca*. Akadémiai, Budapest.
5. C. Molnár, E.–Füredi, J.–Papp, Z. (szerk.) (2006): *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina, Budapest.
6. Csatornai, S.–Krajcsi, A.–Sefcsik, T.–Rudis, T.–Devosa, I.–Tót, É.–Kazinszky, Z.–Pál, A. (2007): „Leverton-tesztposztnatalis depresszióra vonatkozó validálása randomizált reprezentatív mintában.” In: *Magyar Nőorvosok Lapja*, 4:229–235.
7. Csürke, J.–Vörös, V.–Osváth, P.–Árkovits, A. (2009): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Oriold és társai, Budapest.
8. Füredi, J.–Németh, A.–Tariska, P. (szerk.) (2009): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest.
9. Füredi, J.–Németh, A.–Tariska, P. (szerk.) (2003): *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Medicina, Budapest.
10. Kessler, R. C. (2003): „Epidemiology of women and depression.” In: *J AffectDisord*, 74:5–13.
11. Kovácsné Török, Zs. (2010): *Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére*. Oriold és társai, Budapest.
12. Kovácsné Török, Zs. (2011): „Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére.” In: *Magyar Nőorvosok Lapja*, 3:31–35.
13. Papp, Z. (2009): *A szülészeti-nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis, Budapest.
14. Smith, M., V.–Brunetto, W., L.–Yonkers, K., A. (2004): „A perinatalis depresszió korai felismerése.” In: *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 6(6):325–336.





2014 – A CSALÁD ÉVE

15. Steiner, M. (2002): „Postnatal depression: a few simple questions.” In: *FamPract*, 19:469–470.
16. Soósné Kiss, Zs. (2014): *A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve.* General Press, Budapest.
17. Soósné Kiss, Zs. (2007): *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása.* PhD-értekezés, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Budapest.
18. Soósné Kiss, Zs. (2002): „Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában.” In: *Nővér*, 15(5):7–10.
19. Soósné Kiss, Zs. (2009): „Ergebnisse des Programms »Vorbereitung auf aktive Elternschaft«: Werdende Eltern erfolgreich schulen.” In: *Pflegezeitschrift*, 62(5):268–9.
20. Soósné Kiss, Zs. (2002): „Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben.” In: *Egészségnevelés*, 43(6):276–9.
21. Soósné Kiss, Zs. (2003): „Szemléletváltás az első gyermeküket váró szülők szakmai támogatásában.” In: *Egészségnevelés*, 44(2): 76–8.
22. Soósné Kiss, Zs. (2009): „Ungarn: Vor- und Nachsorge ohne Hebammen.” In: *Deutsche HebammenZeitschrift*, (10):68–70.
23. Szádóczky, E.–Rihmer, Z. (2001): *Hangulatzavarok.* Medicina, Budapest.
24. Trixler, M. (2000): „Szülés utáni pszichés zavarok, pszichózisok.” In: *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 5:264–267.
25. 26/2014. (IV. 8.) EMMI-rendelet a várandósgondozásról.





A kismamatorna hatásainak felmérése az egyensúly és a lumbális gerincszakasz tekintetében

Bajsz Viktória szakoktató,¹ Horánszky Sára gyógytornász,²
Szemes Hajnalka gyógytornász-hallgató,¹ Sió Eszter szakoktató,¹
Gergye Andrea gyógytornász³

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Zalaegerszegi Képzési Központ

²Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház

³Zala Megyei Kórház

Bevezetés

A várandósság különleges, izgalommal és várakozással teli időszak a nő életében (Dale et al., 1992), mely mind lelkileg, mind testileg megterhelő. A szervezetben számos élettani változás megy végbe, mint például a mozgás szervrendszerben és az egyensúlyozó szervrendszerben létrejövő elváltozások is. A kismamánál gyakran előforduló vázrendszeri panasz a deréktáji fájdalom, melynek hátterében a medence ízületeinek és szalagjainak meglazulása és rugalmasabbá válása áll (Dale et al., 1992). A tartáskorrekció prevenciója több életszakaszban és élethelyzetben, mint pl. az iskoláskorban (Tóthné Steinhausz, 1996, Tóth et al., 2000), várandósság idején és a változókorban fontos szerepet játszik. A várandósság hatására változnak a gerinc görbületei, kifejezetten a derékszakas *lordosis* (a gerinc előregömbülése) fokozódik, így az ágyéki fájdalom a terhesség fiziológias szövődményének mondható (Gutke et al., 2011), egyes esetekben a III. trimeszter idejétől csonttritkulás is jelentkezhet (Császárné Gombos et al., 2010, Gombos et al., 2011). A terhességgel kapcsolatos lumbális fájdalom számottevő egészségi problémának tekintendő, mely hosszú távon krónikus fájdalomhoz és csökkent munkavégző képességhez vezethet (Bastiaenen et al., 2008).

A terhesség előrehaladásával és a magzat növekedésével megváltozik az egyensúlyi helyzet. Ha a kismama az

egyre növekvő súly megtartására nem használja hasizmait és farizmait, a hátsó görbület túlságosan nagy lesz, mintegy az elülső plusz súlyt egyensúlyozandó. Ez a derékvonal alatt és fölött összenyomja a csigolyákat és – mivel túlságosan megterheli – eltorzítja az egész gerincet (Gutke et al., 2011). Egy vizsgálat 950 kérdőívének eredményei szerint a várandós nők 68,6%-a szenvedett ágyéki fájdalomtól a terhesség során. A fájdalom a terhesség bármely szakában kezdődhet. A kutatás során kiderült, hogy a nők nagy része nem jelzi a problémát orvosának, és a panaszos betegek gyakran nem kapnak kellő felvilágosítást a kezelés lehetőségeiről (Wang et al., 2004).

A terhességhez társuló *lumbopelvikus* (derék- és medencetájéki) fájdalom a kismamák jelentős részét érinti (Martins et al., 2014). Gyakran előforduló további panasz a szédülés és az egyensúlyzavar, mely a terhesség következtében létrejövő hormonális változások mellékhatásaként következik be. Ez a panasz az *intralabirintális* (a belső fülben elhelyezkedő labirintusszerven belüli) anyagcsere- és jelátviteli eltérések eredménye, melynek hatására az egyensúly megtartásának képessége is romlik (Schmidt et al., 2010). A szédülés következménye lehet az elesés, mely nagy rizikótényezőt jelent, a kismamák elesési gyakorisága 17–39% között mozog (Hock et al., 2013). Egy 150 kismama körében végzett kutatás eredményei szerint azoknak a terhes nőknek szignifi-

LEVELEZÉSI CÍM:

Bajsz Viktória, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Zalaegerszegi Képzési Központ. Postacím: Zalaegerszeg, Landorhegyi út 33. Telefon: +36-92-311-115. E-mail: viktoria.bajsz@etk.pte.hu



kánsan jobb az egyensúlyozó képessége, akik nem csak a terhesség előtt, de a terhesség alatt is végeztek különböző mozgásformákat (Hock et al., 2007). A terhességgel járó szövödmény lehet a *rectus diastasis* (a hosszanti hasizom szétválása), melynek esélye a fiziológias folyamatok következtében emelkedik meg. „A várandósság időszakában a szervezetnek rövid idő alatt kell alkalmazkodnia a magzat növekedéséhez, amit az úgy nevezett relaxin hormon segítségével ér el, aminek következtében a hasizom szövetei fellazulnak” (Dévai, 2013). Egy szisztematikus tanulmány alátámasztotta, hogy a várandósság ideje alatt végzett *rectus diastasis* profilaxis 35%-kal csökkenti a *diastasis* (szétválás) kialakulását (Benjamin et al., 2014).

A vizsgálat célja

Kutatásunk célja, hogy objektív mérési módszerekkel tanulmányozzuk a kismamatornát végző kismamák és a nem tornázó várandós nők mozgásszervrendszerét érintő változásokat. A felmérések során vizsgáltuk, hogy a mozgásprogram hatására hogyan változnak a statikus egyensúly és a medence mozgásának tényezői a várandósság során, illetve hogy van-e különbség a két csoport eredményei között. Továbbá igazolni kívántuk, hogy a kismamatorna hatására csökkennek a deréktáji fájdalmak, a deréktájék stabilabbá válik, az egyensúlyi készség számottevően nem romlik, továbbá az esetcsoport körében – a kontrollcsoportéhoz képest – csökken a *rectus diastasis* (hosszanti hasizom-szétválás) kialakulásának esélye is.

Anyag és módszer

A kvalitatív, keresztmetszeti vizsgálat a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központjában 2013 januárja és 2014 decembere között történt. Nem randomizált, kényelmi mintavétel során a vizsgálatban 18–45 év közötti, beleegyezésüket adó gravidák vettek részt, akik a vizsgálat kezdetekor betöltötték 12. terhességi hetüket, de a 25. terhességi hetet nem lépték túl. Az elemszám összesen 40 fő volt, mind az esetcsoportba, mind a kontrollcsoportba 20 fő került.

Az esetcsoport beválasztási kritériumaként szerepelt, hogy a gravidák 90%-ban részt vegyenek a tornákon, valamint a torna végzéséhez orvosi hozzájárulással rendelkezzenek. Kizártuk azokat a veszélyeztetett várandós nőket, akiknél a torna végzése abszolút kontraindikáló volt. A vizsgálat során 3 alkalommal – a mozgásprogram előtt, a mozgásprogram után és a szülést követően – mértük fel a deréktáji fájdalom jelenlétét és az egyensúlyi állapotot. Az első mérés a 16–20. terhességi héten, a második a 29–33. terhességi héten, a harmadik

pedig a szülést követő 10–14. héten történt. A medence mozgását a mozgásprogram előtt és után mértük fel. A *rectus diastasis* vizsgálatára a szülést követő 6. héten került sor.

A Zebris WinSpine programjával – *triple lumbar* vizsgálattal – vizsgáltuk az ágyéki gerincszakasz és a *pelvis tilt* (medencedőlés) elmozdulásait. A hármas referencia-marker a *sacrumon* helyezkedik el, lefelé nézve. A mérőeszköz felső szélé a felső hármas marker magasságához igazodik. A statikus, stabilometriás és dinamikus vizsgálatokat egy moduláris, elektronikus, baropodometriás detekciós platformmal végeztük, *Milletrix* szoftverrel.

A *rectus diastasis* megállapítását manuális vizsgálattal mértük fel. A derékfájdalom meglétét egy rövid, saját szerkesztésű adatlap segítségével vizsgáltuk, mely demográfiai adatokat és a fájdalom mértékének megadását (7 pontos Likert-skála segítségével) tartalmazta.

Az esetcsoportba tartozó kismamák hetente kétszer egy 12 alkalomból álló fizioballos tornán vettek részt, mely 45 percig tartott. A tornán 65 és 75 cm átmérőjű labdát használtunk, egyénre szabva. A torna bemelegítésből, vénás értornából, a mély hátizom, a mellizom és a gáttájék erősítéséből, egyensúlyi, stabilizáló, koordinációs, relaxációs és légzőgyakorlatokból, valamint szülésre való felkészítésből – ezen belül vajúdási és szülési helyzetek kipróbálásából – épült fel.

Az adatfeldolgozás IBM SPSS 20.0 program felhasználásával történt. A leíró statisztikán belül átlagot, szórást, abszolút és relatív gyakoriságot, míg a matematikai statisztika keretén belül páros kétmintás t-próbát és Khí-négyzet próbát alkalmaztunk. Az eredményeket $p < 0,05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak (Lampe et al., 2012, Pakai et al., 2013, Pakai et al., 2014a, b).

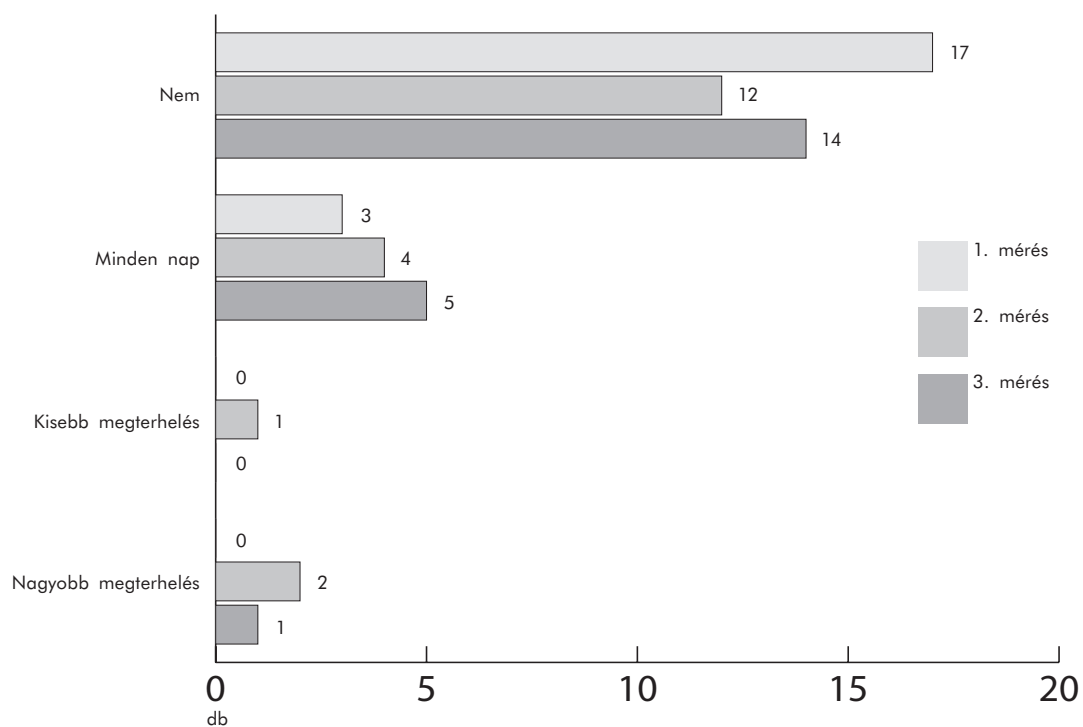
Eredmények

A tornázó esetcsoport mozgásprogram előtti mérésnél betöltött terhességi hete átlagosan 18,2 hét (szórás: 2,91), életkora 30,3 év (szórás: 3,06), testtömege 61,3 kg (szórás: 6,79). A mozgásprogram utáni mérésnél betöltött terhességi hetük 30,6 hét (szórás: 3,06), testtömegük 69,1 kg (szórás: 2,45), az újszülöttek súlya 3072 gramm (szórás: 499,04) volt. A nem tornázó kontrollcsoport mozgásprogram előtti mérésnél betöltött terhességi hete átlagosan 19,1 hét (szórás: 3,75), életkora 31,2 év (szórás: 5,25), testtömege 74,1 kg (szórás: 6,52). A mozgásprogram utáni mérésnél a betöltött terhességi hetük 31,4 hét (szórás: 3,75), testtömegük 81,5 kg (szórás: 7,53), az újszülöttek súlya 2986 gramm (szórás: 612,21) volt.

Az esetcsoport eredményei szerint a terhesség elején 15%-ban (3 fő) állt fenn deréktáji fájdalom, míg a második mérés alkalmával már 35% (8 fő) számolt be deréktáji fájdalomról. A fájdalom gyakoriságát tekintve

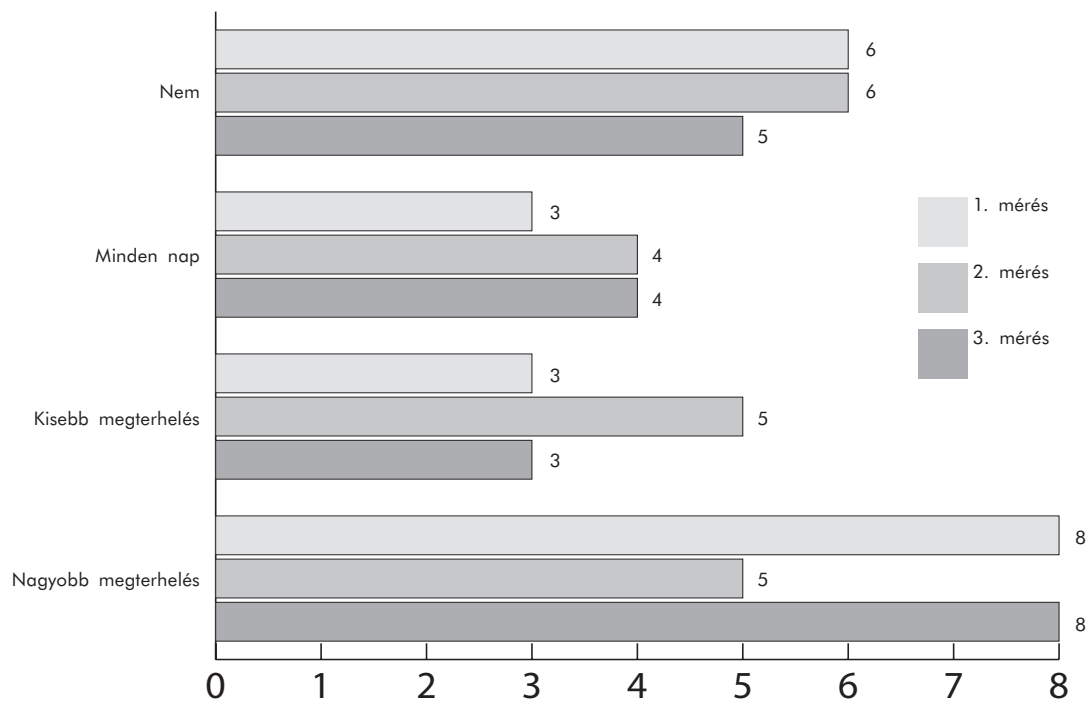
1. ábra

A deréktáji fájdalom eloszlása és gyakorisága a három mérés alkalmával az esetcsoportnál (N = 20)



2. ábra

A deréktáji fájdalom eloszlása és gyakorisága a három mérés alkalmával a kontrollcsoportnál (N = 20)



1. táblázat

**Stabilometriás vizsgálat értékei torna előtt és után
(N = 40)**

csoportok		Nyitott szem		Csukott szem	
		eset	kontroll	eset	kontroll
Eccentricitás(%)	torna előtt	43,02	43,55	29,91	36,46
	torna után	31,66	37,97	33,09	34,10
	p érték	0,083	0,447	0,573	0,733
Tengelydőlés (fok)	torna előtt	39,13	40,91	42,06	44,61
	torna után	45,39	42,08	47,94	52,85
	p érték	0,095	0,718	0,618	0,618
Átlagsebesség (mm/s)	torna előtt	3,70	2,92	4,33	4,08
	torna után	3,75	4,25	4,79	4,93
	p érték	0,003	0,851	0,319	0,328

20%-ban mindennapos volt (4 fő), 5%-ban kisebb (1 fő), valamint 10%-ban nagyobb fizikai megterhelésre (2 fő) jelentkezett. A harmadik mérés alkalmával az esetcsoport 30%-ánál fordult elő deréktáji fájdalom, 25%-ban mindennapos volt (5 fő), 5%-ban nagyobb fizikai megterhelésre jelentkezett (1 fő). A derékfájdalom gyakoriságát a tornázó csoportnál oszlopdiagram segítségével szemléltettük (1. ábra).

A nem tornázó csoport első mérése alkalmából a mindennapos deréktáji fájdalom 15%-ban (3 fő) volt megfigyelhető. A második mérés folyamán deréktáji fájdalom 70%-ban (14 fő) jelentkezett, gyakoriságát tekintve 20%-ban mindennap (4 fő), 25%-ban kisebb (5 fő), 25%-ban (5 fő) nagyobb fizikai megterhelésre fordult elő. A harmadik mérés folyamán 75%-ban (15 fő) jelentkezett deréktáji fájdalom, gyakoriságát tekintve 20%-ban mindennap (4 fő), 15%-ban kisebb (3 fő), 40%-ban nagyobb fizikai megterhelésre (8 fő) fordult elő. A kontrollcsoport gyakoriságának eloszlását a 2. ábrán mutatjuk be.

A két csoport között a mozgásprogram előtti mérés-

nél a fájdalmat tekintve nem volt szignifikáns különbség ($p < 0,05$), viszont a mozgásprogram után a két csoport közötti különbség szignifikáns ($p = 0,046$). A *Baropodometer* segítségével a stabilometriás értékek közül excentricitási indexet, átlagsebességet és tengelydőlést vizsgáltunk. Az egyensúlyvizsgálathoz (*stabilometria*) a betegnek 51,2 másodpercig nyomásérzékelő lapon kell állnia, két lábon (a két lábfej 30 fokot zár be), csukott, majd nyitott szemmel. A beteg előre-hátra, illetve oldalirányú oszcillációjáról gyűjtött adatok alapján értékeljük az egyensúlyi állapotot. Az adott csoport változását torna előtt és torna után az 1. táblázat, a fizioballon végzett végzett torna jótékony hatását a 2. táblázat mutatja be.

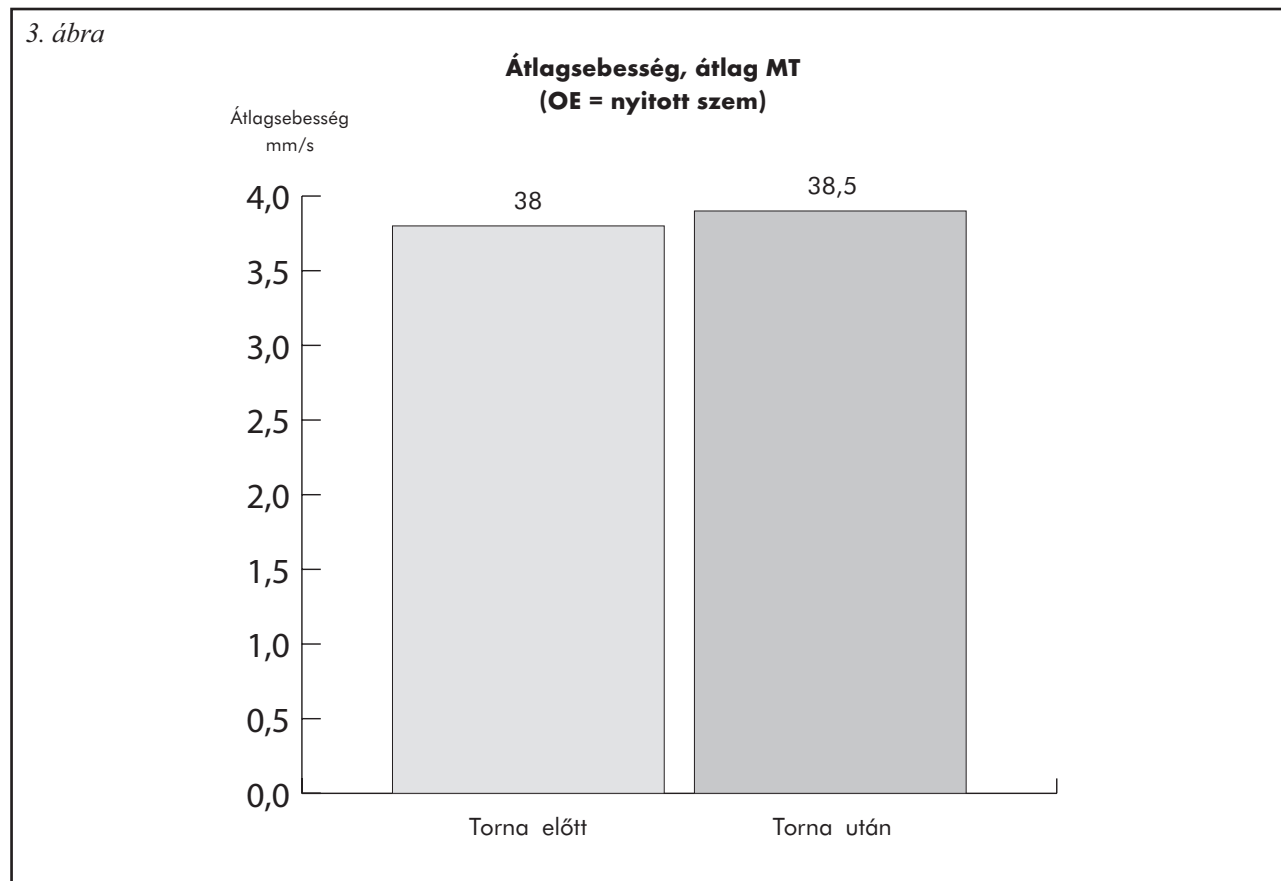
Excentricitási index

Az excentricitási index a gravidák ingadozásának preferenciális irányát mutatja, az átlagsebesség a testsúlyközéppont kitérésének sebességét mutatja mm/s-ban, a tengelydőlés pedig az ingadozás mértékét adja meg,

2. táblázat

**Stabilometriás vizsgálat értékei torna előtt és szülés után
(N = 40)**

csoportok		Nyitott szem			Csukott szem		
		eset	kontroll	p érték	eset	kontroll	p érték
Eccentricitás(%)	torna előtt	31,66	37,97	0,873	33,09	34,10	0,369
	szülés után	39,43	36,68	0,101	36,38	25,98	0,588
Tengelydőlés (fok)	torna előtt	45,39	42,08	0,141	47,94	52,85	0,288
	szülés után	40,29	45,64	0,053	43,85	47,93	0,101
Átlagsebesség (mm/s)	torna előtt	3,75	4,25	0,323	4,79	4,93	0,146
	szülés után	4,19	4,41	0,176	5,81	5,09	0,518



a középvonalhoz képest fokértékben. Az esetcsoportnál a nyitott szemmel mért értékek 16%-os javulást, a csukott szemmel mérték 11%-os romlást mutattak. A kontrollcsoportnál a nyitott szemmel mért értékek 13%-os javulást, a csukott szemmel mérték 6%-os javulást jeleztek. A torna utáni alkalommal a nyitott szemmel mért átlagértékek 20%-os, a szülés után 7%-os különbséget mutattak a tornázók javára. A csukott szemmel mért értékek átlagos eltérése 3%-os, szülés után 29%-os volt, szintén a tornázók javára. Szignifikáns különbség egyik esetben sem volt igazolható ($p > 0,05$).

Átlagsebesség

Az esetcsoportnál nyitott szemmel történő mérés esetén az esetcsoportnál az eredmények 0,5%-os javulást mutattak, melyet átlag megbízhatósági tartomány (MT) segítségével prezentáltunk (3. ábra). Csukott szemmel történő mérésnél az átlagsebesség 0,46%-os javulását tapasztaltuk. A kontrollcsoportnál nyitott szemmel történő mérés esetén az átlagsebesség átlagosan 1%-os romlást, míg csukott szemmel 0,85%-os javulást mutatott.

A tornát követően, nyitott szemmel történő mérésnél szülés előtt 13%-os, szülés után 5%-os különbség mutatkozott a tornázók javára, csukott szemmel a két csoport

között szülés előtt 3%-os, szülés után 12%-os különbséget tapasztaltunk, szintúgy a tornázó csoport javára. Szignifikáns különbség egyik esetben sem volt igazolható ($p > 0,05$).

Tengelydőlés

Az esetcsoportnál nyitott szemmel történő mérésnél a tengelydőlés 6,26%-os, csukott szemmel 5,88%-os javulást mutatott. A kontrollcsoportnál a nyitott szemmel mért értékek 1,17%-os javulást, csukott szemmel 1,77%-os romlást mutattak. A tornát követően a nyitott szemmel történő mérésnél 3,31%-os, szülés után 5,35%-os különbség volt tapasztalható, csukott szemmel a két csoport közötti eltérés szülés előtt 5,1%-os, szülés után 4,08%-os volt a tornázók javára. Szignifikáns különbség egyik esetben sem volt igazolható ($p > 0,05$).

Az esetcsoport *pelvis tilt* (medencedőlés) értékei a torna hatására *anterior* (előre) irányba 4,6°-kal csökkentek, *posterior* (hátra) irányba 1,8°-kal nőttek. A kontrollcsoport esetén a terhesség előrehaladtával az *anterior* irányú mozgás 0,7°-kal csökkent, a *posterior* irányú 2,27°-kal nőtt. A páros t-próba szignifikáns különbséget egyik esetben sem mutatott ($p < 0,05$). A két csoportot összehasonlítva az első mérésnél az esetcsoport értékei voltak

nagyobbak: *anterior* irányba 2,4°-kal, *posterior* irányba 0,32°-kal, míg a második mérés alkalmával a kontrollcsoport mozgásai voltak nagyobbak: *anterior* irányba 1,5°-kal, *posterior* irányba 0,15°-kal. A kétmintás t-próba eredményei alapján sem a *pelvis tilt posterior* ($p = 0,957$), sem a *pelvis tilt anterior* esetén ($p = 0,798$) nem található szignifikáns különbség.

Feltevésünk szerint a fizioballon végzett kismamatorna hatására a tornázó kismamánál min. 1 ujjszélességgel kisebb lesz a *rectus diastasis* (hasizom-szétválás), mint a nem tornázókénál. A manuális vizsgálat során a kontrollcsoportnál szülést követően 10%-ban előfordult 2 ujjszélességű, 20%-ban 1 ujjszélességű *diastasis*, viszont a tornát végző hölgyeknél nem találtunk hasizom-szétválást ($p = 0,036$).

Megbeszélés

Kutatásunk fő célja az volt, hogy felmérjük a tornázó (esetcsoport) és nem tornázó (kontrollcsoport) várandós nők mozgásszervrendszerét érintő változásokat.

Az esetcsoport fizikális vizsgálatából kiderült, hogy a deréktáji fájdalom a mozgásprogram hatására jelentősen csökkent a kontrollcsoportéhoz képest ($p = 0,046$). Jelen vizsgálatban a derékfájás a kontrollcsoportnál 80%-ban fordult elő. Ehhez hasonló eredményt kaptak egy olyan kutatásnál is, ahol a 950 felmért kismama közel 68%-a szenvedett derékfájásban (Wang et al., 2004), míg egy másik kutatás során felmért kismamák 72%-ánál találtak derékfájást (Mogren et al., 2005). A panaszok minimalizálása érdekében kifejezett figyelmet kellene szentelni minden várandós nő testtudatának kialakítására.

Stabilizáló gyakorlatokkal, a medence helyes beállításával a derékfájdalom mértéke csökkenthető. Ezt egy olyan kutatás során bizonyították, ahol a sztenderd kezelés, valamint a stabilizáló gyakorlatokkal kiegészített sztenderd kezelés eredményességének összehasonlítását végezték a terhesség során előforduló medenceövi fájdalom kezelésében. A 386 terhes nő bevonásával végzett felmérés eredménye szerint a stabilizáló gyakorlatokat végző csoport szignifikánsan kevesebb deréktáji fájdalomról számolt be (Elden et al., 2005).

A medencemozgást tekintve az első mérés alkalmával az esetcsoport mozgásai voltak nagyobb mozgásterjedelműek, míg a második méréskor a kontrollcsoport mozgásai értek el magasabb fokértéket. Az adatok igazolják, hogy a fizioballon végzett torna hatására a kismamák lumbális stabilitása növekedett. Ezzel igazoltuk felvetésünket, miszerint a várandósság ideje alatt a derékszakaszt stabilizálva és a medencét megfelelő szögben tartva, csökkentettük a derékfájdalmak előfordulását, illetve a *rectus diastasis* kialakulását ($p = 0,036$).

A nyitott szemmel végzett stabilometriás vizsgálatok

kapcsán a tornázó csoportnál a mérések közötti különbségek nem értek el szignifikáns eredményt ($p > 0,05$), azonban az átlagértékek javulást mutattak. A csukott szemmel végzett méréseknél – valószínűsíthetően a terhesség során fennálló fiziológiás változások miatt – az átlagok viszont vegyes eredményeket hoztak. Az egyensúly megtartásában döntően (kb. 80%-ban) a szemnek van szerepe, így ha ezt a kontrollt elveszítjük, a kismamák instabilabbá válnak (Asakawa et al., 2007). A szülés utáni stabilometriás értékek azt mutatják, hogy a regenerálódás szempontjából is sokat gyorsít a folyamaton a rendszeresen, tervezetten végzett kismama-tréning.

Szintén a terhesség előtti és alatti fizikai aktivitás fontosságára – ezen belül is az egyensúlyi és koordinációs képességek javítására – hívták fel a figyelmet vizsgálatuk során Hock és munkatársai. Egy 150 fős kutatás eredményeinek elemzése során azt találták, hogy a korábban fizikai aktivitást végző, terhességük során aktív, egészséges kismamák a testtömegközéppont mozgatásának feladatát szignifikánsan jobban teljesítették, tehát a nem tornázókhöz képest egyensúlyozó képességük is javult (Hock et al., 2007).

A *rectus diastasis* felmérésénél a tornát végző kismamánál nem volt mérhető hasizomszétválás, míg a nem tornázó csoportnál összességében 30%-ban fordult elő. Emellett a kontrollcsoportban a tornát végző kismamákhoz képest nagyobb mértékben volt megfigyelhető a hasizom gyengesége ($p = 0,036$). Ezt tekintve feltételezhető, hogy a tornaprogram önmagában protektív faktorként volt jelen a kismamák várandóssága alatt.

Egy külföldi vizsgálat 18 fős mintával kutatta a hasizom-szétválás jelenségét. Azok körében, akik nem végeztek gyakorlatokat a *rectus diastasis* megelőzésére, 90%-ban fordult elő, míg a másik, gyakorlatokat végző csoport esetén az előfordulás csupán 12,5%-os volt (Chiarrello et al., 2004).

Kutatásunk eredménye egyrészt feltehetően a vizsgálatok kis esetszáma miatt térhet el, másrészt a *rectus diastasis* kialakulását nagyszámú tényező – az előző terhességek száma, a magzat súlya, illetve a megelőző fizikai kondíció – is befolyásolja. Mivel jelen kutatásban nem tértünk ki a különböző körülményekre, ezen szempontok figyelembevétele újabb vizsgálatokra ad lehetőséget.

A várandós nők fizikai állapotát a fizioballon végzett torna pozitívan befolyásolta. A torna nem csak a terhesség kihordását, de a szülést is nagyban megkönnyítheti mind a szülő nők, mind az újszülöttek számára, ezért is lenne fontos a várandós nők körében végzett szélesebb körű felvilágosítás a kismamatorna előnyeivel kapcsolatban. A fizikális állapoton kívül fontos figyelmet fordítanunk a pszichés tényezőkre is, illetve a szülésre való felkészítés során helyet kell kapjon a szülői feladatokra való felkészülés is (Soósné et al., 2002, 2004, 2007, 2008, 2009).

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS**

Jelen tudományos közleményt a szerzők a Pécsi Tudományegyetem alapításának 650. évfordulója emlékének szentelik.

Összefoglalás

Célkitűzés: A kutatás célja az volt, hogy bizonyítsuk egy 12 héten át tartó, fizioballon végzett kismamatorna hatását a medence mozgására, valamint – stabilometriás értékek segítségével – a kontrollcsoport eredményeire. Igazolni kívántuk továbbá a stabilizáló és a medence normál szögét beállító gyakorlatok fontosságát a deréktáji fájdalom, illetve a *rectus diastasis* kialakulásának megelőzésében.

Eredmények: A fizioballon végzett kismamatornán résztvevő várandós nők kisebb mértékű fájdalomról számoltak be, mint a kontrollcsoport ($p < 0,05$). A medence-mozgást tekintve az adatok igazolják, hogy a fizioballon végzett torna hatására a kismamák lumbális stabilitása növekedett. Így igazoltuk, hogy – a derékszakszt stabilizálva – csökkentettük a derékfájdalom előfordulását, illetve a *rectus diastasis* kialakulását. A stabilometriás eredmények átlagértékei – bár szignifikáns különbséget nem mutattak – jelzik a torna pozitív hatását a kismamák egyensúlyi állapotára.

Következtetés: Az eredményekből látható, hogy nagy

előnyel járhat, ha a legtöbb várandós nőt bevonjuk a kismamatorna-programokba, így is könnyítve ezt az önmagában is meglehetősen megterhelő időszakot.

Abstract

Introduction: Our aim was to prove the effects of our 12 weeks physioball training for pregnant women on the motion of *pelvis* and – with stabilometric values – comparing with the results of the control group. Furthermore we wished to justify the importance of exercises, which stabilises and sets the normal angle of *pelvis*, preventing lumbar region pain and evolvment of *rectus diastasis*.

Results: The physioball trained pregnant women reported on smaller pain than the control group ($p < 0,05$). Considering the *pelvis* motion, our data justify that, due to the training, the participants' lumbar stability was increased. It is justified, that – by waist section stabilising – the incidence of waist pain decreased as well as the development of *rectus diastasis*. Although stabilometric average results did not represent a significant difference, they show the positive effects of physioball training on the stability of pregnant women.

Conclusions: Based on our results it is obvious, that the physioball training participation of the most pregnant women may give us a great advantage, thus making this quite exhausting period more easy.

IRODALOM

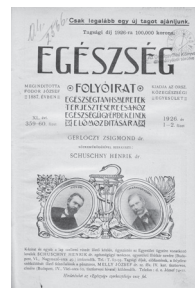
- Asakawa, K.–Ishikawa, H.–Kawamorita, T.–Fujiyama, Y.–Shoji, N.–Uozato, H. (2007): „Effects of Ocular Dominance and Visual Input on Body Sway.” In: *Japanese Journal of Ophthalmology*, 51(5):375–378.
- Benjamin, D.R.–van de Water, A.T.M.–Peiris, C.L. (2014): „Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review.” In: *Physiotherapy*, 100(1):1–8.
- C Bastiaenen, C.H.G.–A de Bie, R.–Vlaeyen, J.W.S.–Goossens, M.E.J.B.–Leffers, P.–Wolters, P.M.J.C.–Bastiaanssen, J.M.–A van den Brandt, P.–Essed G.G.M. (2008): „Long-Term Effectiveness and Costs of a Brief Self-Management Intervention in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain after Delivery.” In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1):19.
- Chiarello, C.M.–Falzone, L.A.–McCaslin, K.E.–Patel, M.N.–Ulery, K.R., (2004): „The Effects of an Exercise Program on Diastasis Recti Abdominis in Pregnant Women.” In: *Journal of women's health physical therapy*, 29(1):11–16.
- Császárné Gombos, G.–Fekete, J.–Tóthné Steinhausz, V.–Schmidt, B.–Szekeres, L. (2010): „Célirányos gyógytorna foglalkozás direkt hatása a csontanyagcsere-markerekre fiatal, csúcscsonttömegű felnőtteknél.” In: *Magyar Reumatológia*, 51(4):291–300.
- Dale, B.–Roeber, J. (1992): *Kismamatorna*. Holistic Kiadó, Budapest.
- Dévai, F. (2013): „Rectus Diastasis – a hasfali izomzat szeparációja.” *GyógytornaInfó – Az Online Gyógytornász Magazin*. <http://www.gyogytornainfo.hu/Rectus-diastasis-a-hasfali-izomzat-szeparacioja-595> Letöltve: 2014.03.23.
- Elden, H.–Ladfors, L.–Olsen, M.F.–Ostgaard, H.C.–Hagberg, H. (2005): „Effects of Acupuncture and Stabilising Exercises as Adjunct to Standard Treatment in Pregnant Women with Pelvic Girdle Pain: Randomised Single Blind Controlled Trial.” In: *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7494):761.
- Gombos, G.–Fekete, J.–Domján, P.–Schmidt, B.–Molics, B.–Bonz, I. (2011): „The effect of one-time physical therapy on biochemical markers of bone metabolism.” In: *Value in health* 14(7): A303
- Gutke, A.–Lundberg, M.–Östgaard, H.C.–Öberg, B. (2011):



- „Impact of Postpartum Lumbopelvic Pain on Disability, Pain Intensity, Health-Related Quality of Life, Activity Level, Kinesiophobia, and Depressive Symptoms.” In: *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 20(3):440–48.
11. Hock, M.–Dálnoki, É.–Dakos, Zs. (2013): „Egyensúly és koordináció vizsgálata a jelentősebb női életszakaszokban.” In: *Fizioterápia*, 22(2):3–7.
12. Hock, M.–Pálfi, T. (2007): „Statikus és dinamikus egyensúly vizsgálata stabilometerrel a terhesség időszakában.” In: *Fizioterápia*, 16(4):2–6.
13. Karamánné Pakai, A.–Oláh, A. (2014): „Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról.” In: Ács, P.–Oláh, A.–Karamánné Pakai, A.–Raposa, L.B.–Ács, P. (szerk.): *Gyakorlati adatelemzés*. 9–32.
14. Karamánné Pakai, A.–Oláh, A. (2014): „Irodalomkutatás a gyakorlatban: Irodalomkutatás a leggyakrabban használt adatbázisok felhasználásával.” In: Ács, P.–Oláh, A.–Karamánné Pakai, A.–Raposa, L.B.–Ács, P. (szerk.): *Gyakorlati adatelemzés*. 33–84.
15. Lampek, K.–Kívés, Zs. (2012): „Kutatásmódszertani és biostatistikai ismeretek.” In: Oláh, A.: *Az ápolástudomány tankönyve*. Medicina, Budapest.
16. Martins, R.F.–Pinto de Silva, J.L., (2014): „Treatment of Pregnancy-Related Lumbar and Pelvic Girdle Pain by the Yoga Method: A Randomized Controlled Study.” In: *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(1):24–31.
17. Mogren, I.M.–Pohjanen, A.I. (2005): „Low Back Pain and Pelvic Pain During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors.” In: *Health Services Research*, 30(8):983–991.
18. Pakai, A.–Kívés, Zs. (2013): „Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség tudományi kutatásokban.” In: *Nővér*, 26(3):20–43.
19. Schmidt, P.M.–Flores Fda, T.–Rossi, A.G.–Silveira, A.F. (2010): „Hearing and Vestibular Complaints during Pregnancy.” In: *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 76(1):29–33.
20. Soósné Kiss Zs. (2004): „Spezielle Unterstützung der Eltern, die Ihre Kinder in Ungarn bekommen.” In: *Pflegezeitschrift*, 57(7): 476–280.
21. Soósné Kiss Zs. (2009): „Ergebnisse des Programms »Vorbereitung auf aktive Elternschaft«: Werdende Eltern erfolgreich schulen.” In: *Pflegezeitschrift*, 62(5):268–269.
22. Soósné Kiss, Zs. (2002): „Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülésre felkészítésben.” In: *Egészségnevelés*, 43(6):276–279.
23. Soósné Kiss, Zs. (2007): „A szülésre felkészülés egy új lehetősége, az »aktív szülésre felkészülés (ASZF)« modell.” In: *Védőnő*, 17(2):3–7.
24. Soósné Kiss, Zs.–Feith H. J. (2008): „Végzés után a családok egészségfejlesztésében szerepet vállaló védőnő-hallgatók családképe.” In: *Egészségfejlesztés*, 49(3):16–20.
25. Tóth, K.–Tóthné Steinhausz, V. (2000): „Porci Berci barátokat keres. Egészségmegőrző oktató program kiskisiskolásoknak.” In: *Mozgásterápia*, 9(2):10–13.
26. Tóthné Steinhausz, V. (1996): „A biomechanikailag helyes testtartás. Prevenció program.” In: Ángyán Lajos (szerk.): *Sporttudományos füzetek I/1: A rehabilitáció és a gyógytestnevelés időszerről kérdései*.
27. Wang, S.-M.–Dezinno, P.R.N.–Maranets, I.M.D.–Berman, M.R.–Caldwell-Andrews, A.A.–Kain, Z.N. (2004): „Low Back Pain During Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Outcomes.” In: *Obstetrics & Gynecology*, 104:1, 65–70.



Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségügyi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszatekint a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



116 évvel ezelőtti gondolatok mai értelmezése

Elsősegély ajánlások községi elöljáróságoknak és népiskolai tanítóknak

Göbölly Ildikó, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Témafelelős, TÁMOP 6.1.2.A-14/1 Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztés – Sérülésmegelőzés

„A világ halad. Az emberi szellem folyton fejlődik és a szellemi fejlődés az emberi tudást nemcsak mélyebbé teszi, nemcsak folyton szaporítja, de egyszersmind az ismeretek terjedését is sietteti. Napról napra fogy azoknak az úgynevezett elvont tudományoknak a száma, a melyeknek ismerete csak az illető tudomány szakemberei, vagy mondjuk tudósai részére van fentartva.” (Oláh, 1899:1)

Korunkban az elsősegélynyújtás fogásainak megtanítása a fejlett nyugat-európai államokban az óvodai játékos nevelés része, mely együtt jár a segítő, segítségnyújtó attitűd kialakításával. Ennek azért van jelentősége, mert a balesetek vagy a hirtelen, krízisként megélt egészségkárosodások első szemtanúira (családtagok, barátok, ismerősök, kollégák) nehezedik az a felelősség, hogy tudásukhoz mérten segíteni próbáljanak a bajbajutotton. A megfelelő szintű laikus segítségnyújtáshoz elengedhetetlen az elsősegélynyújtás alapvető elveinek ismerete, melyet folyamatosan illik szinten tartani.

A Családi Iskola igazgatója szerint 1942-ben „a III–IV. osztályos gyermekek már az első segélynyújtás elemeit gyakorolgtatják. Az iskola osztályközösségi élete a hetenként egy délutánon megtartott «szeretet-egyesületi» üléseken zajlik le, ahol is a gyermekek az iskolaközösséget szolgáló feladatokat vállalnak. Van rend-

felügyelő és virágapoló és van mindig két egészségügyi ór is. Ezeknek a hatáskörébe tartoznak az apró-cseprő balesetek. Télen kevés a dolguk. De annál több ősszel és tavasszal. Ilyenkor a szünetben az iskola kertjében, udvarán futkároznak s a leütött terdeknek, felhorzsolts tenyereknek se szeri, se száma. Ők maguk készítik el a vöröskeresztes szekrényt. Ősszetalapálják, be is festik fehérre, s óriási vöröskeresztet pingálnak rá. Ebbe rakosgatják bele a kötszereket, jódot, lysoformot. A tanítónő pontosan megbeszéli velük, mi mire való, hogyan kell használni. A kis karcolásokat, horzsolásokat be is tudják kötözni s a síró picikéket azonfelül meg is vigasztalják. Az apró sérülések ellátása kapcsán sor kerül a súlyosabb balesetek megbeszélésére is. A sebesülthorkozás különösen népszerű, s hetekig gyakorolgtatják egymáson. Komoly falitáblák is készülnek rajzokkal, felirattal: 2–2 gyerek közös munkájaként: csonttörés, rán-





AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

dulás, fulladás stb. Moulage-ok is készülnek agyagból: pl. törött tag rögzítése két sín között.

Ezek a cselekedtető, játékosan átéltető gyakorlatok többet érnek, mint a száraz, elvont ismeretközlés. Egyben az első lépések a kollektív egészségi közszellem kialakítására” (Beliczáné, 1942).

Annak ellenére, hogy medicinális megalapozottságú elméleti ismeretek az elsősegély művelésében és átadásában a mai napig nagyobb szerepet játszanak, mégis ez a tevékenység alapvetően gyakorlati képességet és készséget igénylő cselekedet kell, hogy maradjon. A valós helyzeteket megközelítő gyakorlás nem csak motiválólag hat a tanulóra, hanem a várható iskolai, utcai, egyéb hétköznapi körülményeket eljátszva a hatékonyabb tanulásban is segít. A pedagógus szerepe a képessé tevés, azaz az „I can do it”-attitűd kialakításában jelentős. A feladatok ily módon való ismétlése folyamatos figyelmet, aktivitást kíván a résztvevőktől is.

Az információrobbanás az elsősegély oktatását sem hagyta érintetlenül. A képzés során újdonságként alkalmazhatóak a blended-módszerek, úgymint szimulációk, mobil alkalmazások, melyek vészhelyzet a nem professzionális segítőnek is esetén step-by-step (lépésről-lépésre) megoldást kínálnak. Gyakorlati bemutatók, anatómiai augmented reality (kiterjesztett virtuális valóság), szerepmodellezés, e-tudástár – ezen módszerekkel is alá kívánjuk támasztani a BYOD-eszközök (Bring Your Own Device! Hozd a saját kutyúdd!) alkalmazásának fontosságát a képzéseken. A gyakorlatorientált/duális képzés előnyös a hallgatóknak, mert modern, gyakorlati ismereteket szerezhetnek, beleláthatnak a válsághelyzetek működésébe, valódi problémákkal és megoldásokkal találkozhatnak (megújult kompetenciaterkép), így olyan tapasztalatokra tehetnek szert, melyek akár a pályaválasztás során, akár a mindennapi életben kiválóan kamatoztathatóak.

A segítségnyújtás jogi és erkölcsi meghatározottsága

Az elsősegélynyújtás hazai szabályozása több száz évre nyúlik vissza. Az elsősegély nyújtására való felkészültség, annak minősége szerves része minden nemzet egészségkultúrájának (Bethlen, 2012).

„A humanizmus törvénye parancsolja azt, hogy ha

„Írtam tehát e könyvet a községi előljáróságok és népiskolai tanítók használatára, tovább a nagy közönség azon tagjai számára, a kik óhajtják megismerni a saját szervezetüket, akarják megismerni az okszerű segítségnyújtás, az egészségügyi önvédelem s a közegészségügyi védekezés módjait és szabályait.”
(Oláh, 1899:412)

„Az, aki a segítségnyújtást teljesíti, vagy vezeti, legyen egészen átitatva feladatának fontosságától, de egyszersmind magasztosságától is.” (Oláh, 1899:99)

valamelyik embertársunk hirtelen rosszullett, megbetegül, vagy valamely baleset következtében oly helyzetbe jutott, hogy magán segíteni nem képes, pedig a segélyre okvetlenül szüksége van, akkor a körülötte lévők, vagy a ki általában közelében van, siessen az ily helyzetbe jutott embertársán segíteni.”

„A magyar törvényhozás, midőn a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvényzikk 39.§-ában akként rendelkezik, hogy a balesetek alkalmával a segítségnyújtás mindenkinek, ki ehhez tettel, vagy tanácscsal járulni képes, kötelességében áll” (Oláh, 1899:97). Ezen rendelkezéseket a 42.§ így egészíti ki: „Mindezek és általában az egészségügy szempontjából fő figyelmet érdemlő szabályok a népiskolákban tanítandók. Arra, hogy az ily oktatás megadatott-e, az egészségügyekben első fokú hatóság felügyelni tartozik” (Oláh, 1899:98).

Nincs ez másként ma sem, a bajbajutott megsegítése még a laikus szintjén is törvény által előírt állampolgári kötelezettség. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 7.§ (1) bekezdése kimondja, hogy mindenki kötelessége – a tőle elvárható módon – segítséget nyújtani, és a tudomása szerint illetékes egészségügyi szolgáltatót értesíteni, amennyiben sürgős szükség, vagy veszélyeztettségi állapot fennállását észleli, illetve arról tudomást szerez. Az elvárható segítségnyújtásra való rendelkezés így szól: „166.§ (1) Aki nem nyújt tőle elvárható segítséget sérült vagy olyan személynek, akinek az élete vagy testi épsége közvetlen veszélyben van, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (2) A büntetés büntetett miatt három évig terjedő szabadságvesztés, ha a sértett meghal, és életét a segítségnyújtás megmenthette volna.”

Azon mondatok, melyeket Oláh (1899:98) írt, a mai törvényekre is igazak: „Ebből látható, hogy a segítségnyújtás ügyét illetően a mi közegészségügyi törvényünk elég jól intézkedik és az ügy érdekében csak sajnálni lehet, hogy a törvény ezen beható rendelkezései jóformán mindenütt, a hogy mondani szokás, a papiroson maradtak.”

Az utóbbi időben a tapasztalatok alapján kialakított elsősegély-tudásbázis egyre komolyabb tudományos megalapozottságot (evidence-based) szerzett. Ma már nyilvánvaló, hogy a korán megkezdett beavatkozás csökkent a halálozások számát és javítja a túlélés minőségét, idejét (Herlitz, 2002).

Több mint 110 éve az „iskolaegészségügy nemzetmentő jelentőségét” (Zuckermann, 1937:271) írják le korabe-





li szerzők is. Ezen szándék továbbélését mutatja, hogy a *The Lancet* 2015 júniusában megjelent cikke azt javasolja, hogy a 12 év alatti gyermekeknek évente két alkalommal oktassanak újraélesztéssel kapcsolatos ismereteket (Böttiger, Aken, 2015).

A hirtelen szívhalál megelőzéséről és a korszerű, ered-

ményes technikák oktatásáról széleskörű szakmai és társadalmi párbeszéd indult el. Rendkívül fontos a társadalmi mértékű szemléletformálás, annak tudatosítása, hogy a gyors segítségnyújtás jó eséllyel életet menthet. Tanítsuk meg hát a gyermekeket (is) újraélesztetni, sebet kezelni, mentőt hívni!

IRODALOM

Bethlen, J. et al. (2012): *Első teendők sürgős esetekben – elsősegélynyújtás*. Medicina, Budapest.

Beliczáné O. É. (1942): „Családi Iskola.” In: *Egészség, Rövid Közlések*.

Oláh, Gy. (1899): *Az ember és az egészség*. Az Athenaeum Társulat Kiadása, Budapest.

Herlitz, J. et al. (2002): „Characteristics and outcome among patient

suffering from in hospital cardiac arrest in relation the interval between collapse and start of CPR.” In: *Resuscitation*, 2002 (53): 21–27.

Zuckermann, F. (1937): „Iskolai egészségvédelem.” In: *Egészség, Könyvismertetés*. 1937. november, 271. oldal

Böttiger, B.W.–Aken, H.V. (2015): *Training children in cardiopulmonary resuscitation worldwide* [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61099-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61099-6/abstract) [Bp., 2015.08.08]

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben küldjék el a szerkesztőség címére.

A szerkesztőség címe: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.

Telefon: (1) 428-8272. *Fax:* (1) 428-8273.

E-mail: haromszekizs@gmail.com *Honlap:* www.oefi.hu

A kézirat formája

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság





Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Balku Eszter, Kimmel Zsófia, Papp Ildikó, Dr. Varsányi Péter

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Julie Gillis–Jamie Utt–Alyssa Royse–Joanna Schroeder:
The Healthy Sex Talk: Teaching Kids Consent, Ages 1–21
The Goodmenproject, March 20, 2013

Összefoglaló: A szerzők a napjainkban egyre gyakrabban előforduló szexuális erőszak megelőzése céljából készítettek el szülőknek szóló ajánlásukat. A cikkben olyan beszélgetési témákat, gyakorlatokat mutatnak be, melyek rendszeres és következetes alkalmazásával a szülők aktívan tehetnek azért, hogy gyermekük ne váljék szexuális erőszak áldozatává vagy elkövetőjévé. Három korosztályra (kisgyermek [1–5 év], gyermekek [6–12 év] és kamaszok [13–21 év]) vonatkozóan fogalmaztak meg tanácsokat a felelős szülőknek. A tanácsok főként a támogató, bizalmi szülő–gyermek viszony kialakítására, a gyermekek saját testük feletti irányításának erősítésére, a helyes önértékelés kialakítására és az egymásra figyelésre, mások akaratának tiszteletben tartására vonatkoznak. A témák egymásra épülve fejthetik ki leginkább hatásukat. A cikk kapcsán kialakult beszélgetésben megfogalmazódott, hogy szükség lenne olyan, a szülők vagy leendő szülők számára fontos információkat, gyakorlati megoldásokat bemutató, szervezett háttérre, mely a cikkben felsorolt mintát követve, a további felmerülő problémákra is reagálva Magyarországon is csökkentheti a szexuális erőszak gyakoriságát. Az ilyen jellegű segítség biztosítása, a kockázati csoport azonosítása az egészségfejlesztés feladata kell, hogy legyen.

Ismertette: Dr. Varsányi Péter

Dr Tim McAfee–Kevin C Davis MA–Robert L Alexander PhD–Terry F Pechacek PhD–Rebecca Bunnell ScD:
Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign
The Lancet, Volume 382, Issue 9909, Pages 2003–2011, 14 December 2013

Összefoglaló: Az amerikai *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* 2012 márciusában három hónapos, országos dohányzás-ellenes kampányt hirdetett *Tips From Former Smokers (Tips)* néven. A kampány célja érzelmekre ható történeteken keresztül növelni az emberek ismereteit a dohányzás káros hatásairól.

A kampányban dolgozó szakemberek a megfelelő hatáselemzés végett alapállapot-felmérést, majd követéses vizsgálatot végeztek. Az alapállapot-felmérésben 3 051 dohányzó és 2 220 nemdohányzó vett részt, a kampányt követően pedig a dohányzók 78%-a, a nemdohányzók 74%-a vett részt a hatásvizsgálatban.

A három hónapos kampányt követően a dohányzók körében 31,1%-ról 34,8%-ra emelkedett a leszokást megkísérlők száma, ez 12%-os relatív növekedést jelentett. Országosan 1,64 millió dohányzó kísérelte meg a leszokást, és a követés periódusában 220 000 dohányos hagyta abba biztosan a dohányzást. 31,9%-ról 35,2%-ra emelkedett azon nemdohányzók aránya, akik családtagjaikkal, barátaikkal a dohányzás veszélyeiről beszélgettek. A kampány hatására kb. 4,7 millió nemdohányzó ajánlotta a leszokást, és több mint 6 millió beszélt a dohányzás káros hatásairól. A kampány hatáselemzéséből kiderül, hogy egy érzelmekre ható, aktív kampány, országos szinten hatásosan emelheti a leszokottak arányát, elősegítve az egészséges életévek számának növekedését.

Ismertette: Kimmel Zsófia



OECD Regional Well-Being: A Closer Measure of Life – www.oecdregionalwellbeing.org

Összefoglaló: Az OECD által készített, a tagországokra vonatkozó többdimenziós indikátor, mely nem csak az egyes országok, hanem az országon belüli régiók összehasonlítására is alkalmas. A megjelenített indikátorok: a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, az állampolgársági aktivitás, az oktatás, a környezet, a munka, a jövedelem, az egészség és a biztonság.

Ismertette: Balku Eszter

Benefits and Risks of Salt Consumption

A. Mente and Others: Association of Urinary Sodium and Potassium Excretion with Blood Pressure.

N Engl J Med, 2014;371:601–611.

M. O'Donnell and Others: Urinary Sodium and Potassium Excretion, Mortality, and Cardiovascular Events.

N Engl J Med, 2014;371:612–623.

D. Mozaffarian and Others: Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes.

N Engl J Med, 2014;371:624–634.

Összefoglaló: Alacsony nátriumbevitel – előny vagy fokozott kockázat?

Bevezető: A magas vérnyomás a leggyakoribb módosítható kardiovaszkuláris rizikófaktor és halálok. Világszerte több mint 1 milliárd felnőttnek van magas vérnyomása, mely több mint 9 millió halálesethez járul hozzá évente. Éppen ezért fontos cél a magas vérnyomás, ezáltal a kardiovaszkuláris betegségek, illetve az ebből eredő halálozás rizikójának csökkentése. A lakossági stratégiák közé tartozik a nátriumbevitel csökkentése, azonban az elmúlt években több vizsgálatban is felmerült az alacsony nátriumbevitel lehetséges káros hatása, ugyanis a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikóját és a halálozást is növelheti.

Módszer és eredmények: Mindhárom tanulmány a nátrium- és káliumbevitel, valamint a magas vérnyomás és a kardiovaszkuláris megbetegedések kapcsolatát vizsgálta.

Az első két cikk a PURE-tanulmányon alapul, melyben 17 országból több mint 100 000 felnőtt vett részt. A nátrium- és káliumbevitelt a reggeli vizeletből mért nátrium- és káliumkiválasztás alapján becsülték. A vizsgálati személyek 90%-a magas (5,99 feletti) vagy közepes (3–5,99), 10%-a alacsonyabb (3g/nap) nátriumkiválasztással volt jellemezhető. Csak 4%-uk eredményei feleltek meg a jelenlegi amerikai ajánlásoknak (1,5 vagy 2,3 g/nap).

Az első tanulmányban pozitív összefüggést találtak a nátriumkiválasztás és a vérnyomás között. Szorosabb volt az összefüggés magasabb, illetve mérsékelt közepes nátriumbevitelnél, alacsony bevitel esetében nem volt szignifikáns. A káliumfogyasztás fordított kapcsolatban állt a vérnyomással, a magasabb káliumbevitel alacsonyabb vérnyomással járt együtt. A nátrium–kálium arány továbbá a vérnyomást is befolyásolta: a magas nátriumfogyasztás erősebben összekapcsolódott a magas vérnyomással abban az esetben, ha alacsony káliumfogyasztás kísérte.

A második tanulmányban a nátriumfogyasztást, valamint a kardiovaszkuláris kockázatot vizsgálva J alakú összefüggést találtak, mely szerint – a közepes mennyiségű (3–6g) nátriumot fogyasztókkal összehasonlítva – mind a magas (>7g/nap), mind az alacsony mennyiséget fogyasztóknak (<3g/nap) megnövekedett a kardiovaszkuláris eredetű halálozásból fakadó rizikója. Az eredmények megerősítették a káliumfogyasztás védőhatását.

A harmadik tanulmány szerzői metaanalízis segítségével elemezték a nátriumfogyasztás kardiovaszkuláris hatását. 107 megjelent cikk alapján erős, egyenes irányú összefüggést találtak a nátriumbevitel és a kardiovaszkuláris események között. Eredményeik szerint 2010-ben 1,65 millió kardiovaszkuláris halálozás volt összefüggésben a magas nátriumbevitellel.

Tehát mindhárom tanulmány egyértelműen alátámasztja a magas nátriumbevitel káros hatását, valamint a kálium védőhatását, de arra sincsen egyértelmű bizonyíték, hogy az alacsony nátriumbevitel az átlagnépességben káros hatású lenne, illetve arra sincsen adat, hogy mennyi lehetne a javasolt nátriumbevitel alsó határa. A szerzők egy alternatív megoldást javasolnak, a káliumban gazdag étrendet, mely számos egészségügyi előnnyel jár, beleértve a vérnyomás csökkentését is.

Ismertette: Papp Ildikó



CONTENTS

SURVEYS

- Motivational Factors of Health Tourism Choices as a Product – Part II.** **2**
Emőke Csíkász

2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY

- Recognition and Treatment of Postpartum Mood Disorders
– Thoughts on Primer Prevention** **10**
Vivien Járfás, Ibolya Krémer Lipienné, Mária Hoyer Dr.

- Effects of a 12 Weeks Physioball Training for Pregnant Women
on the Stability and the Motion of Lumbar Region** **19**
Viktória Bajsz, Sára Horánszky, Hajnalka Szemes, Eszter Sió, Andrea Gergye

THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT

- First Aid – 116 years Old Ideas and its Modern Concepts** **27**
Ildikó Göbölly

REVIEW JOURNAL

- Selection of Articles for International Journals** **30**
Eszter Balku, Zsófia Kimmel, Ildikó Papp, Péter Varsányi Dr.

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

Előfizetési díj: 1 évre 12 000 Ft 1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím:

Kézbesítési cím:

(csak akkor töltse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....
aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport
1900 Budapest

