

A rekreációs mozgás hatása az IDB betegekre

Boross Barnabás

Tartalom

1. Bevezetés:	3
2. Betegségek bemutatása:	3
2.1.Colitis Ulcerosa:.....	4
2.2. Crohn betegség:.....	4
2.3 A depresszió hatása a betegekre:	5
2.4 A mozgás hatása a betegekre:	6
3. Saját kutatás:	6
3.1 Kutatási cél:.....	6
3.2 Hipotézisek.....	7
3.3 Módszertan.....	8
3.4 Minta, mintavétel bemutatása	8
4. Az eredmények:	9
4.1 A pszichológiai életminőség elemzése:	9
4.2 Szociodemográfiai változók szerepének elemzése:	9
4.3 Mozgásos szabadidő eltöltés szerepének elemzése:	10
5. Következtetés és összegzés:	11
6. Bibliográfia:	11
7. Mellékletek:	12
7.1 1. hipotézishez tartozó táblázat:	12
7.2 2. hipotézishez tartozó diagram	12
7.3 4. hipotézishez tartozó diagram	13
7.4 Gyakoriság táblázat.....	13
7.5 Időtartam táblázat.....	13
7.6 7. hipotézis elemszáma	14
7.7 7. hipotézis Beck-skálán elért pontjai	14
7.8 Kérdőív.....	14

1. Bevezetés:

Azért ez a témát választottam, mert az IBD betegek betegség-mozgás közti kapcsolatát nagyon kevesen kutatják. Talán azért, mert az utóbbi 20-30 évben fedezték fel, így kevés rendelkezésre álló kutatás van jelen, ezeknek a betegségeknek a kialakulását nem ismerik pontosan, így ténylegesen kezelni sem tudják. A mozgás, sport által okozott belső, biokémiai változásokat sem teljesen ismeri a tudomány. Cooper 1987-ben megjelent könyve óta tudjuk Magyarországon, hogy a rekreációs mozgás sok betegség esetében segít, így a kardiovaszkuláris megbetegedéseknél, a cukorbetegségnél, a kóros obesitas-nál, de az IBD betegeken még senki nem próbálta ki a jótékony hatásukat. (Cooper, 1987)

Ezzel a kutatással is szeretnék hozzájárulni a hazai kutatási eredményekhez, mert nemzetközi szinten is csak most kezdik komplexen vizsgálni mind a lelki és testi vonatkozásait a betegségnek. Saját magam is ilyen beteg vagyok így ez a téma kézenfekvő volt, sok mindenem átmentem, műtéteken keresztül a rehabilitáción és kezeléseken át, így a szubjektív tapasztalataim biztosítottak a kutatásom fontosságáról.

Az utóbbi évtizedekben az egészségügyi tevékenységek egyre jobban a krónikus betegségekre és betegekre irányznak. A betegeken elvégzett élettartamot meghosszabbító beavatkozások sokasodnak, de kérdéses, hogy az ezzel nyert plusz éveket milyen minőségben fogják leélni. Sok új terápia az élettani-biológiai paramétereket alig befolyásolja, de a betegek életminőségében, közérzetében javulás tapasztalható. Más beavatkozások javítják a szomatikus mutatókat, növelik az élettartamot, de a mellékhatások olyan terhet jelentenek a betegek számára, hogy felmerülhet bennünk az a kérdés, hogy megéri-e. (Kopp – Kovács, 2006)

2. Betegségek bemutatása:

Az IBD (inflammatory bowel disease) elnevezésű betegség a gyulladásos bélbetegségeket jelölik, mely fő jellemzője az ismeretlen ok és a hosszan tartó (krónikus), általában hullámzó lefolyás, azaz a kezelés nem hoz végleges gyógyulást, a betegség bármikor kiújulhat. Két betegség tartozik ide: a Crohn-betegség és a colitis ulcerosa (fekélyes vastagbélgyulladás), melyek sokban hasonlítanak egymásra. (Kovács, 2005)

Mindkét betegség fiatal korban kezdődik el, főleg pubertás kor, illetve fiatal felnőtt kor körül (16-25 éves korban), mely nagyban megnehezíti a betegek életét, mind az iskolában, mind a munkahelyen. A betegek száma elenyészőnek mondható, 20-25 ezer főre tehető, de egyre gyakoribb a gyermekkori, illetve az időskori megbetegedés (Kovács, 2005).

Napjainkban nagy hangsúlyt fektetnek az orvosok, hogy tisztázzák, mi okozza a betegségek kialakulását, ezért a szomatikus tüneteken kívül fontosnak tartják a betegek lelki állapotát. Sokan

úgy tartják, hogy a kialakulásban nagy szerepe van a depressziónak, illetve egyéb lelki problémáknak.

A pszichológiai életminőség szempontjából nagy jelentősége van a stressznek, mert a kialakuló megküzdési stratégiák segítik azok elviselhetőségét. Az IBD betegek nem tudják megfelelő módon megoldani a stresszhelyzeteket, a feszültségeket, indulatokat, ezért a saját testük felé fordulnak, ami szomatikus panaszokhoz vezetnek. Ebből fakadóan olyan betegség attitűdökkel jár, amelyek nem csupán a depresszió vagy a testi tünetek következményei. Az IBD betegek nem élnek át több stresszt, de a stresszre túlreagálnak. (Kopp – Kovács, 2006)

2.1. Colitis Ulcerosa:

A colitis ulcerosa, azaz a fekélyes vastagbélgyulladás ismeretlen eredetű, csak a vastagbelet érintő megbetegedés, mely gyulladás megtámadja a nyálkahártyát és itt kialakulnak a betegségre jellemző fekélyek.

A colitis ulcerosa tünetei közt megtalálható a véres hasmenés, fájdalom és az olyan súlyos panaszok, mint a víz-és só veszteség, láz, fehérje és vashiány illetve a vérszegénység is. A betegségből adódóan kialakulhat szűkület, mely a bél átmérőjének csökkenése miatt nehezen továbbítódik a béltartalom, ezáltal is görcsöt, hasfájást okoz a betegnek, mely akár (főleg a nem megfelelő étkezés miatt) teljes elzáródáshoz is vezethet. Ennél a betegségtípusnál sokkal nagyobb a rákkockázat, így fontos a folyamatos, 5-10 évenkénti szűrés. (Kovács, 2005)

A betegség kezelése sokszor gyógyszeresen megoldódik, de súlyos esetekben az egész vastagbél eltávolításra kerül, helyén a vékonybélből képzett un. tartályt hoznak létre, mely a vastagbél szerepét tölti be. Sokszor, amikor erre sincs lehetőség, a beteg vastagbélét kivezetik a hasfalra, sztómát képezve, így a salakanyag ezen keresztül ürül a külvilág felé.

2.2. Crohn betegség:

A Crohn-betegség szintén ismeretlen eredetű, idült bélgyulladás, mely leggyakrabban a vastag és a vékonybelet érinti, ritkábban a gyomrot és a nyelőcsövet. A betegségre jellemző a szakaszos elhelyezkedés, gyakori elhelyezkedése a vastag-és vékonybél találkozási pontja, de koncentrálódhat csak a vastagbél bizonyos területeire (leszálló, felszálló, haránt), illetve a vékonybél területeire. Súlyos esetekben sok szakasz lehet gyulladásban, ami megnehezíti a kezelést (Kovács, 2005). A gyulladás a bél összes rétegét érintheti, ami súlyos esetekben perforációt és sipolyt is okozhat, áthatolva a bél külső felületén is. Tünetei közt megtalálható a hasi fájdalom, puffadás, fogyás, hasmenés, sipolyképződés, láz.

A fenti két betegségben szenvedő betegek elmondása alapján kijelenthető, hogy az orvosok által javasolt gyógyszeres kezelésen túl még a természetgyógyászat adta lehetőségekkel élnek, de a rekreációs mozgás okozta pozitív élettani változásokat szinte mindig figyelmen kívül hagyják. Sőt, sokszor félnek mozogni, mondván úgy sem segítene, csak rosszabb lenne az állapotuk.

2.3 A depresszió hatása a betegekre:

„Pszichológiai megközelítésben a hangsúly a betegség megélés, a betegséghez való alkalmazkodáson van. Az egyén szubjektív véleményére épülő kérdőívvel mérhető. A betegség szubjektív megélésének fontosságára utal, ahogy több, régebbi vizsgálatban is végzett, az egészséggel összefüggő életminőség három tényezője, a szociális támogatottság, a depresszió, a betegség percepciója a mortalitás független prediktorának bizonyult.” (Kopp – Kovács, 2006. 26. o.)

A kortizol és más szteroid hormonok tartósan magas szintje is hozzájárul a depressziós tünet együttes kialakulásához, amint azt a hosszas szteroid-hormon kezelés alatt álló betegek körében aránytalanul gyakori kedélybetegségek is jelzik. Az IBD betegeknél alkalmazott kezelések túlnyomó többségben kortikoszteroid kezelések, melyek megemelik a stresszhormonok számát a szervezetben. „A tartósan magas kortikoszteroid szint megváltoztatja az agyi ingerület átvitelben és szabályozásban szerepet játszó egyes szerotonin receptorok érzékenységét. Az agy szerotonin-rendszerének a depresszióban játszott szerepét az erre a rendszerre ható antidepresszánsok jelzik. Ezek szerint az eredmények szerint az idegsejtek közötti vegyi kommunikációban az érzékeny receptorok az ismételt stresszt követően tartósan fokozott számban termelődnek egyes agytörzsi területeken, azaz az ismétlődő pszichoszociális stresszhatások képesek tartósan módosítani az agyi ingerület átvitelt és olyan folyamatokat beindítani, amelyek stresszválasznak a kiváltó helyzetet követő fennmaradását eredményezik.” (Kopp – Kovács, 2006. 38-39. o.)

Erős összefüggés tapasztalható tovább a testmozgás és a szerotoninforgalom között: testmozgás közben nő a szerotoninnal kommunikáló idegsejtek aktivitása az agyban. A testmozgásnak a hangulatra gyakorolt hatása köztudott. A rendszeres testmozgás olyan belső változásokat idéz elő a szervezetben, amely ellenállóbbá teszi a személyt a stresszhatásokkal szemben is.

Mindezt alátámasztja a Debreceni Egyetemen folytatott kutatás, ahol 67 Crohn-beteget, 25 colitis ulcerosa-s beteget és 62 fő asztmás beteget vizsgáltak kérdőívvel és azt látták, hogy a krónikus betegségben szenvedőknél a szubjektív jóllét szignifikánsan a legrosszabb volt és főleg az érzelmi tünetek, szociális kapcsolatok nehezítettsége zavarja leginkább. Kiemelkedtek a társas élet nehézségei, a párkapcsolati problémák, a munkahelyi nehézségek és a béltünetekkel való megküzdés. (Nagy – Laczkóné, 2012).

„Az endogén opioidok ugyanakkor fájdalomcsillapító hatással is bírnak és nem csak társas kapcsolatok hatására, de erőteljes fizikai igénybevétel során is nagyobb mennyiségben szabadulnak fel a szervezetben. A testmozgásnak a kedélyállapotra gyakorolt pozitív hatása tehát ezzel is összefüggésben állhat.” (Kopp – Kovács, 2006. 41. o.)

2.4 A mozgás hatása a betegekre:

A rendszeres fizikai aktivitás, rekreációs mozgás az egészségmagatartás egyik fontos eleme. Az orvostudomány mai állása szerint a rendszeres rekreációs céllal végzett sporttevékenység elengedhetetlenül szükséges a szervezet homeosztázisának fenntartásához. A rendszeres fizikai aktivitás mind a fiatal, mind az idősebb korosztályt tekintve alacsonyabb mortalitási arányokat eredményez. A kutatások eredményei szerint a rendszeres sport javítja az egészségi állapotot és az életminőséget, növelve a pszichológiai jóllétet. Emellett pozitív hatással van az önértékelésre és az önbizalomra, szorongáscsökkentő hatású, javítja a hangulatot és a stresszel való megküzdési stratégiákat.

Fritz Péter (2011. 28. o.) azt monda: „A rekreáció szabadidőben, a tevékeny pihenés érdekében végzett minden olyan kulturális, társas, játékos és mozgásos tevékenység, melyet a napi fő elfoglaltság által okozott fáradtság, feszültség feloldása, a testi-lelki teljesítőkészség és –képesség helyreállítása, fokozása érdekében tesz az ember.”

„Hosszú ideig tartó immobilizáció esetében csökken a gyomor-bélrendszer perisztaltikája és a mirigyek kiválasztó funkciója.” (Fiszter, 2009. 34. o.) A has izomzata minden mozgásformánál dolgozik, legyen az futás, úszás, így bármelyik mozgást is végzi az egyén, az jótékonyan fog hatni a szervezetre és a betegségekre is. „A leggyakoribb obspirációt előidéző okok: 1. Konstitucionális adottság, ami a hasizmok és a vastagbél izomzatának alkati gyengeségével jár együtt.” (Szarvas – Csanády, 2006. 145. o.)

Fontos megjegyezni, hogy a szabadidejükben mozgást végzők közül sokan sétálnak, kocognak. Egy kanadai egyetemen végzett kutatásban azt vizsgálták, hogy aki 12 hetes sétáló programon vett részt, illetve a kontrollcsoportban résztvevőket vizsgálták, hogy állapotuk javult-e. Súlyuk pozitív irányba változott és a mozgás mellett sem lobbant be a betegségük. Ez bizonyítja azon feltevésemet, hogy a mozgás hatásos lehet az IBD-s betegek kezelésében. (Loudon, Corrol, Butcher, Rawsthorne és Bernstein, 1999)

3. Saját kutatás:

3.1 Kutatási cél:

Cooper nagyon sok embert vizsgált, betegeket és egészségeseket és nyomon követte az egészségük változásait. Ha a Copper-i tökéletes közérzet nyújtotta előnyök itt is megjelennek, akkor a

betegeknek kevesebb gyógyszert kell majd szedni, javul a vérképükben az immunológiai értékek, a vashiányuk mérséklődik, a fáradékonyság megszűnik, több energiájuk lesz, a betegséghez kapcsolódó depresszió és pánikbetegség is javulni fog, amely nagyon sok ember életét megkeseríti.

Az első kutatási kérdésem, hogy a betegek lelki állapota rosszabb, mint az egészséges egyéneké. Vizsgáltam az IBD betegek pszichológiai életminőségét az egészséggel szemben, 3 index-el: Általános Jólét Index, Beck Depresszió Kérdőív és a Vitális Kimerültség Kérdőív. Feltevése, hogy az IBD betegek és az egészséges csoport életminősége között van különbség. Ezt az első hipotézissel vizsgálom.

Második kutatási kérdésem az, hogy a betegek szociodemográfiai változóik befolyásolják-e az életminőségüket. Fontos tudni, hogy mennyiben változik meg egy városban lakó beteg állapota egy faluban lakóval szemben vagy egy magasabb végzettségű betegnek az állapota jobb vagy rosszabb, mint egy középiskolát végzett betegnek. Ezt a 2., 3., 4., 5. hipotézissel vizsgálom, melyeket összevetem a 2002-ben készült Hungarostudy vizsgálat eredményeivel.

Harmadik kutatási kérdésem pedig, hogy az IBD betegek mozgásos szabadidő eltöltésének van-e szerepe a betegek életminőségében. Ezt az állításomat a 6. és 7. hipotézissel vizsgálom. A Semmelweis Egyetemen folytatott kutatás eredményei közt azt kapták, hogy a bélbetegségekben a vérzéses tüneteket 46%-ban megszüntette az aktív szabadidő eltöltés és a bélbetegséget (a diverticulitist) 25%-ban csökkentette. (Lakatos – Lakatos, 2012) Látható, hogy a mozgás, hatásosan csökkentheti a súlyosabb tüneteket is, mint a vérzés és a betegség megelőzésben és a remisszióban is nagy szerepe lehet.

3.2 Hipotézisek

1. hipotézis: az IBD betegek az Általános Jólét Indexre, Beck Depresszió Kérdőívre és a Vitális Kimerültség Kérdőívre alacsonyabb pontot érnek el, mint az egészséges egyének.
2. hipotézis: A férfi IBD betegek alacsonyabb átlag pontszámot érnek el a Beck Depresszió Kérdőíven, mint a nők.
3. hipotézis: A városokban lakó IBD betegek magasabb átlag pontot érnek el a Beck Depresszió Kérdőíven, mint a faluban/községben lakók.
4. hipotézis: A középkorú (45-64 éves) IBD betegek magasabb pontszámot érnek el a Beck Depresszió Kérdőíven, mint a fiatal felnőtt betegek (18-44 éves).
5. hipotézis: A magasabb iskolai végzettségű betegek mérsékeltebb pontot érnek el a Beck Depresszió Kérdőíven, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű betegek.
6. hipotézis: Az IBD betegek kevesebbet mozognak, mint az egészséges egyének (gyakoriság, időtartam).

7. hipotézis: Azok az IBD betegek, akik napi 30 percnél többet mozognak, alacsonyabb pontot érnek el a Beck Depresszió Kérdőívén.

3.3 Módszertan

A kérdőívem a demográfiai kérdéseket követően (nem, életkor, családi állapot, végzettség, lakóhely), több részre tagolódik: Általános Jóllét Indexre (Cronbach alfa értéke 0,84), Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatára (Cronbach alfa értéke 0,84), rövidített Vitális Kimerültség Kérdőívre (Cronbach alfa értéke 0,86), illetve a mozgással, szabadidő eltöltéssel kapcsolatos kérdésekre és pár apróbb kérdésre. (Kopp – Kovács, 2006)

- Az Általános Jóllét Index válaszlehetőségei és pontszámai (zárójelben): Soha (0), Néha (1), Az időnek kevesebb, mint felében (2), Az időnek több, mint a felében (3), Az idő legnagyobb részében (4), Mindig (5). Az összpontszám 0 és 15 között volt, az érték minél magasabb, annál magasabb a jóllét. (Kopp – Kovács, 2006)
- Beck skála válaszai és határértékei: Egyáltalán nem jellemző (0), Alig jellemző (1), Jellemző (2), Teljesen jellemző (3).

Ponthatárok:

0-9 pont nem depressziós

10-18 pont enyhe depressziós tünet együttes

19-25 pont közép súlyos depressziós tünet együttes

25 pont felett súlyos depressziós tünet együttes

- A rövidített Vitális Kimerültség Kérdőív válaszai és pontjai: Igen (1), Nem (0).
A ponthatár 0-5-ig terjed, minél magasabb, annál rosszabb vitális állapotban van az egyén. (Kopp – Kovács, 2006)

A bizonyításokhoz használt program a Microsoft Office 2010 programcsomagból a Microsoft Excel 2010 program volt, a statisztikai módszerek az átlag mellett az F-próba és a kétmintás t-próba volt.

Az F-próba azért volt fontos, mert a szórások összehasonlítására használtam, hogy kiderüljön, két csoport által felvázolt értékek átlaga különbözhet a különböző szórások miatt.

A t-próba az átlagok összehasonlítására szolgál, a kétmintás t-próbával két csoport eredményének összehasonlítását végezhettem el, $p = 0,05$ -ös szignifikancia szint mellett.

3.4 Minta, mintavétel bemutatása

A feltevéseim bizonyításához kérdőívet készítettem, melyet 40 IBD betegségben szenvedő emberrel tölttettem ki és ezt egy 37 fős elemszámú kontroll csoporttal hasonlítottam össze, akik ugyanazt a kérdőívet töltötték ki a betegségre vonatkozó kérdések nélkül.

A kérdőíveket interneten készítettem, a Google Drive segítségével és küldtem körbe a Magyar Crohn-Colitis Betegek Egyesületének levelezőrendszerén belül. Azért erre a módszerre esett a választásom, mert országosan vizsgáltam a betegeket, így véletlenszerű az egyedszám.

4. Eredmények:

4.1 A pszichológiai életminőség elemzése:

1. Hipotézis

A 7.1-es mellékletben jól látszik, hogy mind a három kérdőíven rosszabb eredményt produkáltak az IBD betegek, mint az egészséges egyének. A Beck Depresszió Kérdőíven az enyhe depresszió határán állnak a betegek, ami fontos adat a későbbiekben. A kétmintás t-próba mindhárom változó esetében azt mutatja, hogy az IBD betegek és az egészségesek átlagainak eltérése szignifikáns ($p=0,000$). A depresszió kérdőíven magasabb pontszámot értek el, illetve aktivitási szintjük, vitalitásuk jóval az egészségesek értékei alatt vannak. Mivel a két vizsgált csoport átlagainak eltérése szignifikáns, ezért az 1. hipotézis kapcsán kijelenthető, hogy az IBD betegek lelkiállapota, pszichológiai életminősége rosszabb, mint az egészségeseké.

A Kopp Mária által vizsgált pszichológiai életminőség (Kopp – Kovács, 2006) összes változójának vizsgálata messze meghaladná jelen tanulmány kereteit, ezért – tekintve, hogy a betegséggel együtt járó negatív érzelmek, hangulatok mérésére a Beck Depresszió Kérdőív kiválóan alkalmas - a továbbiakban ezt a változót a betegek pszichológiai életminőségének indikátorának is tekintjük.

4.2 Szociodemográfiai változók szerepének elemzése:

2. Hipotézis:

A kutatásomban elért eredményeket a Beck Depresszió Kérdőíven a 7.2-es melléklet mutatja. A kétmintás t-próba viszont nem mutat szignifikáns különbséget ($p>0,05$) a kapott adatok között. Összehasonlítva a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján, az értékek némileg eltérnek (Kopp – Kovács, 2006), de az nem szignifikáns, ezért kijelenthető, hogy a vizsgálatomban szereplő nők pszichológiai életminőségen nem rosszabb, mint a vizsgált férfiaké.

3. Hipotézis:

A válaszadók pontszámai alapján a városban lakók által elért Beck Depresszió Kérdőíven elért átlag pontszám 7,9, a faluban és községben élők által elért pontszám átlaga pedig 7,3. A két átlag között nem látható nagyobb különbség, a t-próbán elért eredmény ($p=0,73$) sem mutatott szignifikáns különbséget, így a hipotézisem, miszerint a városban élők pszichológiai életminősége rosszabb lenne, mint a faluban és községben lakóknál, cáfolva lett.

4. Hipotézis:

A kapott eredmények alapján a Beck Depresszió Kérdőíven elért pontszámok átlaga a 7.3-as számú mellékleten látszik. A vizsgálatom eredményei magasabb pontszámot adtak, de a látszólagos különbség között a t-próba nem mutatott szignifikáns különbséget ($p=0,127$), így a feltevésem, hogy a 45-64 éves betegek depressziósabbak, mint a fiatalabb, 18-44 éves beteg társuk, megcáfolt.

5. Hipotézis:

A válaszadók eredményei alapján a főiskolát vagy egyetemet végzett betegek a Beck Depresszió Kérdőíven elért eredményeinek átlaga 5,1 pont, a középiskolát végzett, érettségizett egyének által elért pontok átlaga pedig 9,94 pont volt, amely magas eltérést mutat a két csoport között. Az elvégzett t-próba szignifikáns különbséget mutatott a két csoport között ($p=0,00$) és a Hungarostudy 2002-ben elért eredmények hasonló adatot mutatnak (Kopp – Kovács 2006). A kapott eredmények alapján a kijelenthetem, hogy a magasabb iskolai végzettségű IBD betegek pszichológiai életminősége jobb, mint az alacsonyabb iskolát végző társuké.

4.3 Mozgásos szabadidő eltöltés szerepének elemzése:

6. Hipotézis:

A 7.4-ös mellékletből látszik, hogy a betegek kevesebbet sportolnak egy héten, a nem sportolók aránya magasabb a betegek körében, mint az egészségeseknél. Míg a betegeknek magasabb a heti 1-2 alkalommal mozgók száma, mint az egészségeseknél, de kevesebb azok száma, akik hetente több, mint 3 alkalommal sportolnak. A 7.5-ös időtartam táblázatból látszik, hogy a betegek nagy része csak rövid ideig mozognak, szemben a kontrollcsoporttal.

A kapott eredményekből azt mutatják, hogy az egészséges egyének gyakrabban, több ideig mozognak, mint az IBD betegségben szenvedők. Ezzel bizonyítottam a hipotézisemet.

7. Hipotézis:

A vizsgált betegek elemszáma a 7.6-os mellékleten, a Beck-skálán elért pontok a 7.7-es mellékleten látható. Az eredmények alapján és az elvégzett t-próbán elért eredmények azt mutatják, hogy a kapott eredmények nem szignifikánsak ($p>0,05$), ezért az az állításom, hogy azok a betegek, akik 30 percnél kevesebbet vagy semmit nem mozognak, a Beck Depresszió Kérdőíven magasabb pontot érnek el, cáfolva lett.

5. Következtetés és összegzés:

A hipotéziseimből sok dolog kiderült. Az első kutatási kérdésem helytálló volt, az IBD betegek életminősége, lelki állapota rosszabb, mely megállapításához jó eszköz a Beck Depresszió Kérdőív, az Általános Jóllét Index és a Vitális Kimerültség Kérdőív. A betegek Beck skálán elért eredménye rosszabb, az enyhe depresszióhoz közelít, a többi kérdőívvel együtt pedig elmondható, hogy fontos eszköze lehet a későbbi kutatásoknak, legyen az az orvosnál vagy országos szintű kutatásoknál.

A szociodemográfiai változók bizonyításához nagyobb elemszám szükséges, akkor jobban látható minden különbség. Cáfolva lett a férfiak és nők közti különbség, a városban lakók és a faluban lakók közti különbség és az, hogy a középkorú betegek életminősége rosszabb. Ugyanakkor bizonyítottam azt a feltevés, hogy a magasabb iskolai végzettségű betegek kevésbé mutatják depresszió jelét, mint az alacsonyabban képzett betegek.

A harmadik kutatási kérdésem részben cáfoltam a 7. hipotézisemmel, mert nem volt látható releváns változás az 1., 2., 3. csoport között, amit magasabb elemszámmal szintén jobban vizsgálhattam volna. A 6. hipotézisem bizonyítva lett, azaz az IBD betegségben szenvedők sokkal kevesebbet mozognak, mint egészséges társaik. Fontos megemlíteni azokat a kutatási eredményeket, amik a sport jótékony hatását hozták ki eredményül, legyen az belgyógyászati vagy onkológiai betegség. A modern kor egészségfejlesztői mind tisztában vannak ezekkel a pozitív tulajdonságokkal, de a mai világban a mozgás teljesen háttérbe szorult.

Mindent összevetve kutatásom fontos dolgokra világított rá. A sport alkalmazható, a kedélyjavító hatását ki lehetne aknázni és ki is kellene, csak további vizsgálatokat igényelne, hogy pontosan milyen mozgásforma használ. A betegek lelki életminőségével viszont hosszú távon mindenkinek foglalkoznia kell, hiszen ez lehet kiváltó ok is, de gátolhatja a tünetmentesség elérését is. Fontos, hogy ne csak gyógyszereket szedjenek a betegek, hanem a lelküket is gyógyítsák. Egy beszélgetés a pszichológussal kellemesebb, mint gyógyszereket szedni, amik a belső szerveinket tönkreteszik az idők folyamán.

6. Bibliográfia:

Cooper, K.H. (1987): A tökéletes közérzet programja. Franklin Nyomda, Budapest

Fiszter Idikó (2009): Mozgásszervi rehabilitáció. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 34.

Fritz Péter (2011): Mozgásos rekreáció. Bába Kiadó, Szeged, 28.

Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (2006): A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón.

Semmelweis Kiadó, Budapest, 26., 38-39., 41.

Kovács Ágota (2005): Gyulladásos bélbetegségek. Springmed Kiadó

Lakatos László – Lakatos László Péter (2012): A diverticularis betegség és kezelése. Orvosi Hetilap, Akadémiai Kiadó, 153. szám, 205-213.

Loudon, C., Corrol, V., Butcher, J., Rawsthorne, P., Bernstein, C. (1999): Tha effets of physical exercise on patients with Crohn's disease. In: The American Journal of Gastroenterology, 94. szám, 697-703.

Nagy Beáta – Laczkóné Majer Anita (2012): Specifikus életminőség-jellemzők egészségpszichológiai szempontú vizsgálata gyulladásos bélbetegségben szenvedő betegek körében. Orvosi hetilap, Akadémiai Kiadó, 153. szám, 1511-1519.

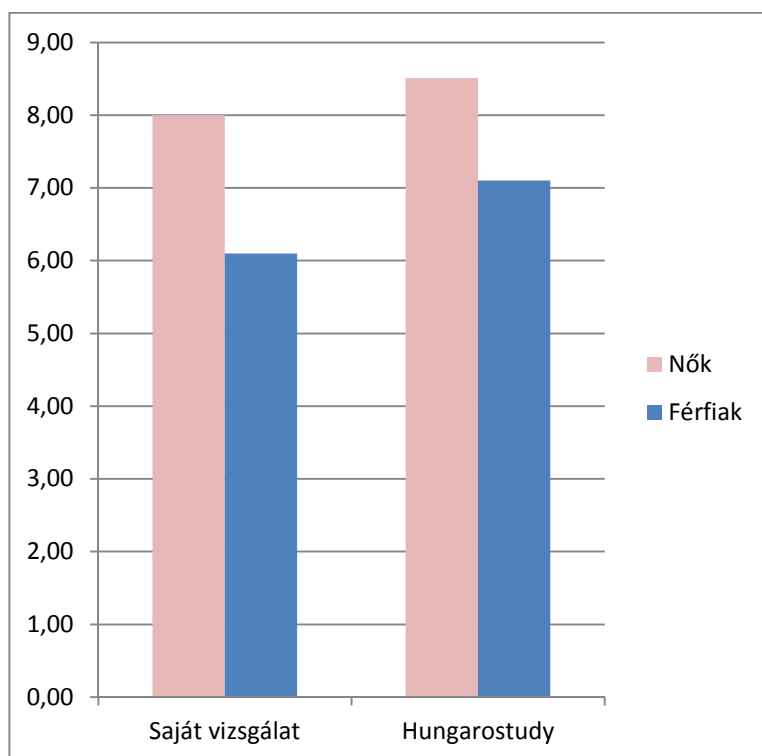
Szarvas Ferenc – Csanády Miklós (2006): A belgyógyászati fizikális diagnosztika alapjai. Semmelweis Kiadó, Budapest, 145.

7. Mellékletek:

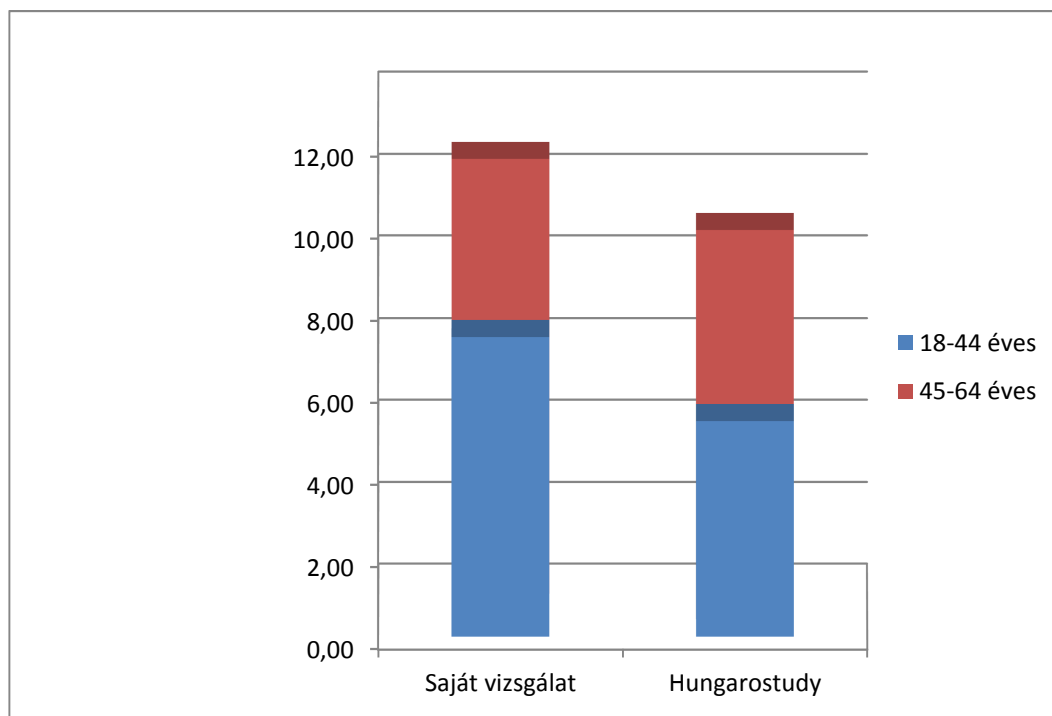
7.1 1. hipotézishez tartozó táblázat:

	Általános Jólét Index	Beck Depresszió Kérdőív	Vitális Kimerültség Kérdőív
IBD betegek	12,075	7,75	3,25
Egészségesek	15,189	4,54	1,945
F-próba	0,94	0,037	0,842
t-próba	0,00042	0,00045	0,00072

7.2 2. hipotézishez tartozó diagram



7.3 4. hipotézishez tartozó diagram



7.4 Gyakoriság táblázat

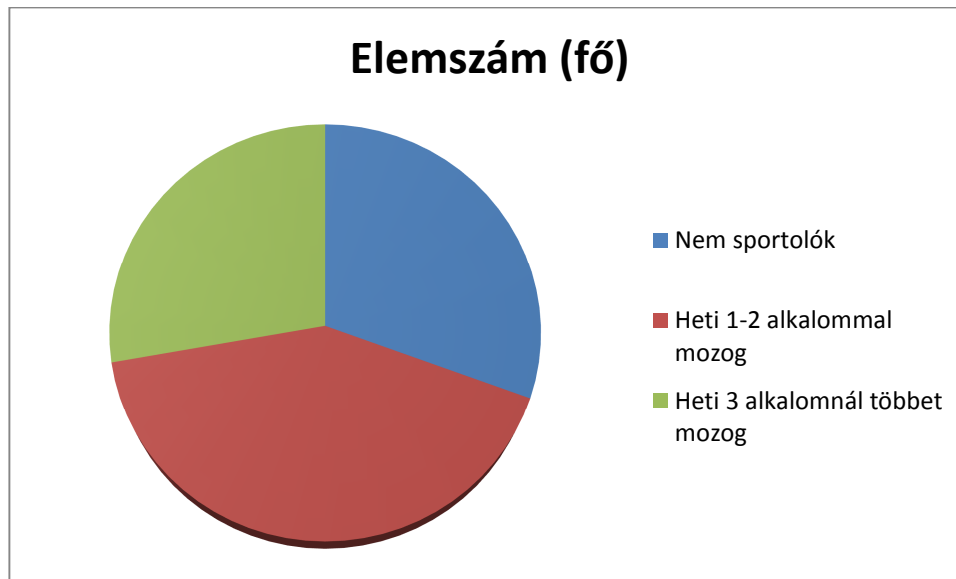
Gyakoriság	Egészséges egyének		IBD betegek	
	darab	%	darab	%
heti 1-2 alkalom	10	27	15	37,5
heti 3-4 alkalom	10	27	2	5
heti 5 alkalom vagy több	5	13,5	1	2,5
heti 7 alkalom vagy több	8	21,6	7	17,5
nem sportol	4	10,8	15	37,5

7.5 Időtartam táblázat

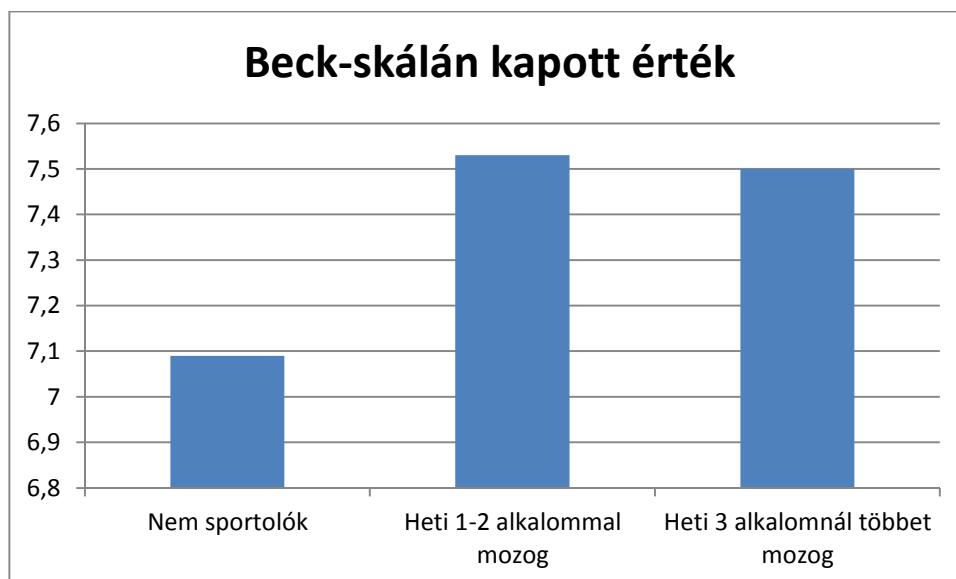
Időtartam	Egészséges egyének		IBD betegek	
	darab	%	darab	%
<30 perc	12	32,4	22	52,5
30-60 perc között	9	24,3	7	17,5

60< perc	11	29,7	1	2,5
nem sportol	5	13,5	11	27,5

7.6 7. hipotézis elemszáma



7.7 7. hipotézis Beck-skálán elért pontjai



7.8 Kérdőív

Boross Barnabás vagyok, a Szegedi Tudományegyetem Rekreáció és egészségfejlesztés szakos hallgatója. TDK dolgozatomnak témájaként a rekreációs sportok és az IBD betegség közti kapcsolatának témakörét választottam. Kérem Önöket, hogy a kérdőívek kitöltésével segítsék munkámat, amellyel fontos információkat tudhatunk meg a mozgás fontosságáról ezeknél a betegségeknél. A kérdőívek kitöltése csupán 8-10 percet vesz igénybe!

FONTOS, hogy a kérdőívek kitöltés teljesen anonim, és semmilyen azonosításra alkalmas adatot nem szükséges megadni! A későbbiekben minden kérdőív elején olvashatják a kitöltési útmutatót.

Fáradozását előre is köszönöm!

1. Testsúly:kg
2. Testmagasság: m
3. Nem: 1. férfi
 2. nő
4. Életkor:év
5. Családi állapot: 1. nőtlen/hajadon
 2. házas
 3. elvált/özvegy
 4. élettársi kapcsolatban él
 5. párjával együtt él
6. Hányan laknak együtt: 1. egyedül él
 2. szüleivel él
 3. párjával/házastársával él
 4. párjával/házastársával és egy/több gyermekével él
 5. elvált/özvegy és egy vagy több gyermekével él
 6. 3 generáció él együtt
7. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége? (Kérem, karikázza be a megfelelő választ!)
1. kevesebb, mint 8 általános
2. 8 általános
3. szakmunkás bizonyítvány
4. középiskola érettségivel
5. OKJ, technikum
6. főiskola, egyetem diplomával
8. Magyarország mely részén él? (Kérem, karikázza be a megfelelő választ!)
1. főváros
2. megyeszékhely
3. egyéb város
4. falu, község

9. Kérem, becsülje meg, hogy az elmúlt két hét során érezte-e magát...(Kérem, karikázza be a megfelelő választ!)

	Soha	Néha	Az idő kevesebb, mint felében	Az időnek több mint a felében	Az idő legnagyobb részében	Mindig
vidámnak és jókedvűnek	0	1	2	3	4	5
nyugodtnak és ellazultnak	0	1	2	3	4	5
aktívnak és élénknek	0	1	2	3	4	5
ébredéskor frissnek és kipihentnek	0	1	2	3	4	5
úgy, hogy napjai tele voltak érdekes dolgokkal.	0	1	2	3	4	5

10. Kérem, olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat és karikázza be, milyen mértékben voltak jellemzőek Önre az elmúlt időszakban:

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.	0	1	2	3
Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.	0	1	2	3
Annyira aggódom a testi-lelki panaszaim miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	0	1	2	3
Semmilyen munkát nem vagyok képes ellátni az állapotom miatt.	0	1	2	3
Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.	0	1	2	3

Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.	0	1	2	3
Állandóan hibáztatom magam.	0	1	2	3
Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.	0	1	2	3
Általában unatkozom.	0	1	2	3

11. Kérem, olvassa el az alábbi állításokat és karikázza be, hogy igazak-e Önre?!

Gyakran érzem fáradtnak magam.	Igen	Nem
Gyengének érzem magam.	Igen	Nem
Kedvetlenebbnek érzem magam annál, mint amilyen régen voltam.	Igen	Nem
Jobban zavarnak az apróbb dolgok, mint régen.	Igen	Nem
Néha úgy érzem, hogy a testem olyan, mint egy kimerülő elem.	Igen	Nem

12. Lelkileg mennyire érzi magát egészségesnek? (kérem, jelölje meg 1-10ig, ahol az 1 a legkevésbé, 10 a leginkább)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Mennyire aggasztja a betegség gyógyíthatatlansága?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Kipróbált már alternatív módszereket a betegsége kezelésében? Kérem indokolja meg miért.

Igen

Nem

15. Szokott sportolni? (ha nem, kérem, indokolja meg miért és ugorjon a következő kérdésre)

Igen: 1. naponta

2. hetente 1-2 órát

3. hetente 3-4 órát

4. hetente több, mint 4 órát

Nem

(Kérem ugorjon az 17. kérdésre)

16. Hány percet szokott egy nap sportolni szabadidejében?

- a. 15-30 perc
- b. 30-45 perc
- c. 45-60 perc
- d. 60-90 perc
- e. 90 percnél többet

17. Mit szokott csinálni szabadidejében? (Többet is bekarikázhat)

- | | |
|---|---|
| a. TV nézés | h. Mozi |
| b. Számítógépezés/Internetezés | i. Színház |
| c. Olvasás | j. Múzeum |
| d. Kézimunka (szabás, varrás, hímzés) | k. Bulizás |
| e. Kertészkedés | l. Csocsó/Biliárd |
| f. Rejtvényfejtés | m. Plázázás |
| g. Szellemi játékok (sakk, go, kártyajátékok) | n. Videojáték |
| | o. Sport (kérem ugorjon a következő kérdésre) |

Egyéb:.....

18. Mit sportol szabadidejében? (Többet is bekarikázhat)

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Futás | 10. DVD-n elérhető otthoni torna |
| 2. Kocogás | 11. Jóga |
| 3. Séta | 12. Küzdősportok |
| 4. Úszás | 13. Gimnasztika |
| 5. Biciklizés | 14. Kirándulás |
| 6. Fitness | 15. Tájfutás |
| 7. Aerobic | 16. Jég/Görkorcsolya |
| 8. Zumba | 17. Labdajátékok |
| 9. Tánc (társastánc, hip-hop. stb) | 18. Horgászat |

Egyéb:.....