

A daganatok szűrésének lehetőségei hazánkban

Németh Katalin

főiskolai tanársegéd,

Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és Ápolástudományi Intézet

Magyarországon a rosszindulatú daganatos megbetegedések okozta mortalitás jelentősen megnőtt, a haláloki lista második helyét foglalják el. Hazánkban, 2001-ben 33318-an haltak meg rákos megbetegedés következtében, és 180-200000 tehető a tünetmentes és kezelt betegek száma. Ezek a magas számok szükségessé teszik a preventív tevékenységek bevezetését, propagálását. A daganatok prevenciója három szinten valósul meg: a primer prevenció, amely a rákkialakulás megelőzését segíti, a szekunder prevenció, ami a rosszindulatú elváltozások korai felismerését célozza a szűrővizsgálati rendszer kiterjesztésével, és a terciér prevenció, amelynek célja a metasztázisok kialakulásának megelőzése.

A közlemény összefoglalja a daganatok megelőzéséhez szükséges információkat, áttekintést ad a magyarországi rákszűrő rendszer működéséről, és az ápolók ezzel kapcsolatos feladatairól.

Bevezetés

Magyarországon évente kb. 30 – 35 000 ember hal meg különböző rosszindulatú daganatos megbetegedésben. Ez a magas szám szükségessé teszi a megelőző rendszabályok és tevékenységek bevezetését, fejlesztését, népszerűsítését, mivel a daganat ellenes küzdelem társadalmi feladat.

A rákellenes küzdelem egyik sarkalatos pontja a *primer prevenció*, mely nehéz, bonyolult feladat, mivel táplálkozásunk egyoldalú, sok alkoholt fogyasztunk, dohányzunk. A vegyszerekkel, növényvédő szerekkel is felelőtlenül bánunk, a környezet,- a lég- és vízszennyezés, a hulladékkezelés megoldatlansága nehezíti a környezetvédők munkáját. Ezeket csak hosszú, évtizedek alatti munkával lehet változtatni. Ezért ez stratégiai cél, valamint jelentős állami és államközi feladat [6]. A kormányprogram és az Európai Unióhoz való kapcsolódási törekvéseink segíthetik. A *szekunder prevenció* a daganatok korai felkutatása, *szűrése*. Ebben nagy szerepe van a felvilágosításnak, a szűrőprogramok propagálásának, mert a magát egészségesnek érző ember csak akkor megy orvoshoz ha hívják, és ha tudja, hogy mit nyerhet illetve mit veszíthet a szűrésen való részvétellel [10]. Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programban (2000) és az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában is helyet kapott a rosszindulatú daganatok másodlagos megelőzését előmozdító modellprogram.

Az egészségügyi dolgozóknak a daganatos betegségek elleni küzdelemben, az erre irányuló egészségfejlesztő munkában, a betegek ellátásában, gondozásában jelentős felelősségük, feladatuk van, és számos lehetőségük adódik. E közleménnyel szeretnék információt nyújtani az alap és szakellátás területén dolgozó, és a téma iránt érdeklődő kollégáknak.

Daganatos betegségek etiológiája

Az Egészségügyi Világszervezet becslése alapján a gazdaságilag fejlett országokban kb. két évtizeden belül a rák lesz a vezető halálok. Ezért a szakemberek az onkológiai kutatásokon belül áthelyezték a hangsúlyt a terápiás kutatásokról a preventív irányzatokra, és azok propagálására [5]. Szervesen idekapcsolódik *Doll és Peto* klasszikus mondata: „A rák

megelőzhető, mert a legtöbb oki tényezője kiküszöbölhető”, megállapításuk alapja, hogy az életmód, táplálkozás, a szokások 45-50%-át teszik ki az oki tényezőknek [9].

Az első ismert okra visszavezethető daganat *foglalkozási rák* volt. Pott angol sebész 1775-ben írta le a kéményseprők rosszindulatú szkrotum tumorát, és annak keletkezésében a korom jelentős szerepét [9].

Daganatepidemiológia

Az évi rákhalálzási görbe az elmúlt 25 év során jelentős emelkedést mutatott hazánkban, a férfiaknál 85%-os, míg a nőknél 59%-os a növekedés [16]. Minden bizonnyal ebben szerepet játszik a statisztikai adatszolgáltatás javulása is.

Ha az 1986-os és 1996-os év hazai rákhalálzási adatait összevetjük, megállapíthatjuk, hogy a gyomor-, az epehólyag- és a méhnyakrák okozta mortalitás csökkent. Az első okai a fejlődő konyhatechnikai eljárások alkalmazása /pl.-mélyhűtés/, és a *Helikobacter pylori* eradikációja, az epehólyagrak csökkenésének oka a laparaskópos műtéti technika elterjedése, mivel így több kolecisztektómiát tudnak elvégezni, és az un. „néma kövek” ritkábban indítanak el rosszindulatú folyamatokat. A méhnyakrák okozta mortalitás csökkenésének egyik oka egyértelműen a *szűrési rendszer* hatékonyságában keresendő.

A többi daganatos halálozás mind emelkedett, férfiaknál különösen az ajak-, szájüregi, és májdaganatok, nőknél pedig a tüdődaganatok száma [11].

Prevenció, szűrések

A daganatos betegségek okozta halálozás mérséklésére a *korai felismerés* és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia.

A daganatok megelőzése három szinten valósul meg:

Primer megelőzés

Az elsődleges megelőzés érdekében 1996-ban az Európai Unió államai megalkották az Európai Rákellenes Kódexet, hogy a növekvő rákincidenciának határt szabjanak [7].

Az elsődleges megelőzés a daganatkiváltó ágenssel való találkozás elkerülését célozza meg. Ennek leghatékonyabb eszközei a környezeti hatások optimalizálására való törekvés, az egészségügyi felvilágosítás, melynek szakavatott képviselői az egészségügyi dolgozók, de nagy szerepe lehetne a civil szervezeteknek, pedagógusoknak és a média embereinek egyaránt [7].

A *primer megelőzés feladata*: a daganatkeltő ágensek azonosítása és a veszélyeztetett rizikócsoportok felismerése.

Szekunder megelőzés, szűrővizsgálatok

A betegség korai felismerésének eszköze a *szűrővizsgálat*, amely arra irányul, hogy beavatkozzék a betegség természetes fejlődésmenetébe, megszakítva a betegség kialakulásának folyamatát [6].

A szűrővizsgálat céljai:

1. a más módon még fel nem ismert daganat kimutatása
2. kiszűrje a még kialakulásának kezdeti szakaszában lévő betegséget, az un. – in situ – rákot
3. felismerje a daganatmegelőző állapotokat, melyek a rákkeletkezés számára jó alapot adnak
4. a daganatos betegségből eredő halálozás mérséklése
5. legyen olcsó, gyors, specifikus, tömegszűrésre alkalmas, és a korai betegségmegelőző stádiumban az érintettek kiemelésére képes [6].

Szűrés az egészségügy ellátórendszerben

A WHO hét alapvető szempontot vizsgál, hogy adott kórformára célszerű-e szűrőprogramot tervezni.

1. A betegség népegészségügyi jelentősége nagy legyen.
2. Azonosítható módon ismerni kell a betegség korai illetve látens fázisait.
3. Rendelkezni kell egy általánosan elfogadott stratégiával a korai stádiumok kezelésére.
Csak olyan betegséget szűrjenek, amit gyógyítani is lehet.
4. A szűrésnek jelentősen javítania kell a betegség gyógyíthatóságát.
5. Rendelkeznie kell hatékony szűrési módszerrel (kivitelezés, mellékhatás)
6. A szűrési költségek elfogadhatóak legyenek az adott ország számára (Cost-benefit)
7. A vizsgálandó populáció elfogadja a szűrési módszert.

A nemzetközi gyakorlat a szűrés két modelljét különbözteti meg:

1. *Alkalomszerű szűrések:* a rejtett állapot felderítésére szolgál, más célból létrejött orvosi tevékenységekhez kapcsolt.
2. *Szervezett lakosságszűrési modell:* az egészségügyi ellátórendszer által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott. Veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program [6].

A területileg szervezett szűrési program működtetése

A meghívásos – visszahívásos területi szűrés szervezési egysége a háziorvosi praxis. Itt történik az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő, szűrővizsgálatra jogosult személyek név szerinti meghívása. *Az elsődleges behívási menetrend:* a szűrésre első ízben behívott személyek meghívásának időbeosztását jelenti.

A másodlagos behívási menetrend: megismételt behívás azoknak, akik korábban nem jelentek meg. [6].

A behívási lista adatforrásai:

A meghívás alapjául a lakosságlista szolgál, amely tartalmazza az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő egyének névsorát (pl. emlőszűrésnél a 45-65 év közötti asszonyokat), lakcímmel és személyi adataikkal. A negatívnak bizonyuló személyeket a Területi Szűrési Nyilvántartás visszahívja pl. emlőszűrésnél 2 évente. Az emlőrák gyanús személyek további vizsgálatáról a diagnosztikai részleg gondoskodik.

A szűrés folyamatában minden szakaszra kiterjed a minőségbiztosítási program, amelynek a működéséért a szűrési koordinátor felelős [6].

A szűrési programok által felderített esetekben elengedhetetlen a megfelelő kezelési lehetőség biztosítása. A kiszűrt esetek ellátásában jelentős szerepe jut a team munkának, ahol valamennyi szakember a saját praxisának legjobb bizonyított eredményeit igyekszik felhasználni a rendelkezésre álló források és a páciens szükségleteinek figyelembe vételével. Napjainkban elvárás, hogy ilyen teamek tagjai legyenek az orvosok mellett az ápolók, dietetikusok, pszichológusok és szükség szerint más szakterületet képviselő szakemberek. [1]

Tercier prevenció – a gyógyult betegekben a relapszus kialakulását hivatott megelőzni, így a gondozás, a rehabilitáció és a célszerű életvezetés mellett daganatok esetében értelemszerűen a metasz-tázisok kialakulásának megelőzését célozza [11]

A primer prevenció érdekében 2000-ben az Egészségügyi Minisztérium megalkotta az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programot. Ez a program öt nemzeti célt tűzött ki 2010-ig, tíz kiemelt nemzeti feladatot fogalmazott meg, és 17 alprogramot állítottak össze a kitűzött célok elérése érdekében. Ezekben propagálták a rákszűrővizsgálatok jelentőségét és kiterjesztését [8].

Az új program az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja”, amelyben a Népegészségügyi szűrővizsgálatok című részben propagálják, hogy a szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével 70 éves kor alatt 5-10%-kal mérséklődjön a daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig. A *Daganatos megbetegedések visszaszorítása* című fejezet foglalkozik a daganatos halálozások növekvő trendjének megállításával.

A prevenció kiadások rendszere

Az egyes országok a teljes egészségügyi kiadások 0,5-1%-át fordítják a prevenció és egészségfejlesztés céljára. A finanszírozási rendszerek nem egységes volta miatt ugyanis a fejkvóta alapú finanszírozás esetén nehéz megbecsülni, hogy a pénzből mennyit fordítottak prevencióra. Valamivel egyszerűbb a kiadások számszerűsítése, ha a tényleges elszámolásra épül a finanszírozás. Általában 5 éves periódusokban vizsgálják a gyógyítás és a prevenció indukálta költségsökkenést, azt a konzekvenciát vonták le, hogy a prevenció tevékenységek, pl. a különböző szűrővizsgálatok csökkentik a kezelési költségeket, másrészt javítják a túlélés esélyét. Hosszabb távon azonban, a hatékony prevenció munkával elért költségmegtakarítást az egyén életkorának előrehaladásával költségnövekedésben jelentkezik. Összességében tehát a szűrővizsgálatok rövidtávon költségmegtakarítást eredményeznek, hosszú távon azonban a költségek emelkedéséhez járulhatnak hozzá [20].

A hazai rákszűrő vizsgálatok rendszere

A hazai rákszűrés az elmúlt évtizedekben szinte egyet jelentett a nőgyógyászati rákszűréssel. Az 1992-ben meghirdetett Nemzeti Rákprogram az egyéb lokalizációjú rákok nagy száma és jelentősége miatt az egyéb daganatos betegségek / emlő, - tüdő,- bél,- száj,- garat / szűrését is kiemeli, ennek ellenére a rákszűrések többségét ma is nőgyógyászok végzik.

A daganatos betegségek okozta halálozás csökkentésére a korai felismerés és a kezelés a legfontosabb módszer. A korai felismerés eszköze a *szűrés*. A szervezett szűrés a veszélyeztetett korcsoportok rendszeres gyakorisággal végzett behívó - követő rendszerét jelenti [6].

Az emlőrák szűrése

Az emlőrák szűrésének kiterjesztése hazánkban is megindult. A szervezett emlőrák szűrésének elindításában az Országos Egészségbiztosítási Pénztár /OEP/ finanszírozó szerepe jelentős. A rendszer el tudja különíteni az emlő vizsgálatát a mammográfiás szűréstől. A mammográfiás szűrővizsgálatokat 2002. I. félévében 480 millió Ft-tal finanszírozták [19]. Minden korcsoportban előfordulhat, de 35 éves kor alatt kórjósolata jelentősen rosszabb, ezért korai felkutatása indokolt.

A legegyszerűbb „szűrési” eljárás az emlő önvizsgálata, hatékonyabb az emlő fizikális vizsgálata, amelyet képzett egészségügyi személyzet végez/hetne. A leghatékonyabb módszer azonban a mammográfia, amelyet célszerű 2 évenként megismételni a 45-65 év közötti asszonyoknál [13].

A méhnyak rosszindulatú daganatának szűrése

Magyarországon a nőgyógyászati rákszűrés kezdetei az 1950-es évekre nyúlnak vissza, amikor többek között az Országos Onkológiai Intézet (OOI) munkatársai kiszállásokon panaszmentes asszonyokat vizsgáltak meg azzal a céllal, hogy a méhnyak és a méhtest rákot minél korábbi stádiumban felismerjék. Az OOI működési szabályzata már 1954-ben előírta a 30 éven felüli női lakosság szűrését. A szűrés módszere a kolposzkópos vizsgálat volt. Az 1960-as évek elején vált a komplex nőgyógyászati vizsgálat részévé a cervixváladék citológiai vizsgálata. A hálózat kezdett kiépülni, megalakultak a citodiagnosztikai állomások. 1976-ban megalakult a Nőgyógyászati Rákszűrés szervezésében a *Cervix-patológiai Szekció*.

A céljuk az volt, hogy „minden 20 évnél idősebb nőn végzett első nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”. A citológiai és kolposzkópos vizsgálatot a diagnosztika lényeges részének nyilvánították [15].

Ezerkilencszáznyolcvanegyben meghirdették a *cervix-programot*, így gyakoribbá vált a preinvazív és korai invazív esetek felismerése. A mai magyarországi adatok szerint a méhnyakrák 2001-ben 539 nő halálát okozta [14]. Ennél a szűréstípusnál igen jellemző, hogy ugyanazon személyek adott időintervallumon belül az indokoltnál gyakrabban vesznek részt szűrésen, a protokollok 25-65 év közötti asszonyok 3 évenkénti citológiai vizsgálatát ajánlják.

A vastag- és végbélrák korai felismerése szűréssel

A megbetegedés gyakorisága a 40. életév után jelentősen növekszik, a 60. évig 5 évenként megduplázódik, a csúcst a 8. évtizedben éri el. Az utóbbi években azonban a vastag-és végbélrák megjelenésének gyakorisága a fiatalabb korosztályok felé tolódott el. Nem ritka a rákmegelőző állapotok perzisz-tálása, a polipusok 5-10%-os gyakoriságú előfordulása, amelyeknek kb. 20%-a tartozik a premalignus adenomatosos polipok csoportjába. [4].

Kutatások bizonyították, hogy a vastag- és végbélrákos halálozást a rejtett bélvérzés szűrése 33%-kal képes csökkenteni, amit 2 éves gyakorisággal ajánlanak a 45-65 év közötti populációnak [13]. Említést érdemel a Familia Adenomatosis Polyposis (FAP) célzott „genetikus” szűrése, mely kidolgozás alatt áll [4].

Ajak- és szájüregi daganatok szűrése

Hazánkban 1962 és 2000 között kilenc sztomatoonkológiai szűrővizsgálat történt. 2001-ben 1432 fő férfi, és 305 fő nő halálát okozták az ajak a szájüreg és a garat rosszindulatú daganatai, a halálozás 1960 óta ötszörösére emelkedett, holott az okok nagyrészt ismertek, és kiküszöbölhetőek lennének (primér prevenció), másrészt a szájüregi rákelőző állapotok nagyrészt felismerhetők pl. leukoplákiák, dohányzás és egyéb tényezők okozta nyálkahártya léziók (szekunder prevenció) Nem kimondottan öregkori daganat, férfi dominancia jellemzi [18].

Bőrrák és melanoma szűrése

A bőrkarcinoma inkább idős korban jelentkezik, főleg az UV-exponált területeken.

A melanoma malignum ritkább, de jóval korábban kialakulhat, így az elveszett életévek száma jelentős. Fő rizikófaktora: a nevi (40%). Szűrési módszere vizuális vizsgálat [9].

Tüdőrák szűrése

Adler 1912-ben monográfiát közölt a tüdőrákról, amelynek bevezetőjében szinte elnézést kért az olvasóktól, amiért ilyen ritka betegségnek szenteli munkáját. [9].

Mára a tüdőrák az összes daganatos halálozás 34%-ért felelős férfiakban, és 24%-ért a nőkben. Hazánkban, Nyugat-Európában és az USA-ban is a daganatos halálozás vezető daganatfajtája.

A szekunder prevencióban, azaz a szűrés hatékonyságát illetően ellentmondások vannak. Szakemberek a következőket írták: „Bizonytalan, hatástalan a tüdőrák korai felismerését célzó mellkasi röntgen és köpet-citológiai vizsgálat, ezért a lakossági szűrővizsgálat bevezetése ellenjavallt” [16]

A tüdőgyógyász szakmai kollégium így fogalmazott: „Ernyőkép-szűréssel ma a tüdőrákosok egyharmadát lehet kiemelni, ennek értékét növeli, hogy ebben a betegcsoportban relatíve magas az operálhatók aránya. Ezért továbbra is indokolt a 40 év feletti lakosság – különösen a dohányosok – évenkénti szűrése.”[16].

A prosztatarák szűrése

A prosztatatumor a leggyakoribb rosszindulatú daganat idős férfiakban. Növekvő tendenciát mutat, ezért jelentős népegészségügyi problémát okoz. Tanulmányok szerint a tünetmentes populáció prosztatarák szűrését semmilyen korban nem javasolják, bár rektális digitális vizsgálattal, PSA-tumor marker kimutatásával, vagy transzrectális UH-vizsgálattal a korai felismerés egyes esetekben lehetséges [17].

A hererák szűrése

A kriptorhizmus ellátása hat éves kor előtt a primer prevenció része. Szekunder prevencióra a szerológiai markerek meghatározásai nem alkalmasak, az önvizsgálat megtanítása vezethet eredményhez. A házi orvos által végeztetett manuális vizsgálat jöhet még szóba 20 év felett háromévente és 40 év felett évente. A tumorok 60 – 80%-a szűrés nélkül is korai stádiumú, ezért a szűrés jelentősen már nem képes javítani a prognózist [17].

Ovária karcinóma szűrése

A petefészekrák világszerte a nők hetedik leggyakoribb rosszindulatú tumora.

Védőfaktorai: orális antikontraceptívumok, terhesség, szoptatás, hisztrektómia. A jelenleg hozzáférhető szűrővizsgálatok (szérum CA 125 cc. meghatározása, hasi és transzvaginális UH vizsgálat) nem alkalmas a korai petefészekrák kimutatására, [5].

A hasnyálmirigyek szűrése

Etiológiai háttere ismeretlen. Időskorban főleg férfiakban gyakori. A szűrési rendszerek – a hasi tapintás, képalkotó eljárások, szerológiai markerek meghatározása (CA 19-9 titer mérése) bizonyítottan nem elég hatékonyak, ezért hazánkban a tünetmentes egyének rutin szűrése nem javasolt [13].

A húgyhólyagok szűrése

Túlnyomórészt idős férfiak daganata. A szűrésre az ad lehetőséget, hogy a daganatból kijutó vér megjelenik a vizeletben, illetve a tumor felszínéről lesodródó sejtek is vizsgálhatóak vizelet mintával. Azonban hiányoznak azok az eredmények, melyek bizonyítanák, hogy a kiszűrt esetek kezelése hatékonyabb lenne mint a szokásos módon felfedezett eseteké. Ezért a szűrési módszerek nem ajánlottak a tünetmentes populáció szűrésére. [9].

A pajzsmirigyek szűrése

Relatív női túlsúly jellemzi. A pajzsmirigy göbjeit tapintással, vagy ultrahang vizsgálattal lehet felfedezni. A további vizsgálatok a nem negatív esetekben túbiopszia és a szcintigráfia. A szűrés sok olyan tumort tár fel, amikből az élet folyamán nem alakulnak ki klinikai tüneteket okozó daganatok (hasonló a helyzet, mint a prosztataráknál). Az ajánlások az egészséges, tünetmentes populáció szűrését nem javasolják. De vannak protokollok, melyek a 20 és 40 év közötti korosztályban 3 évente, 40 év felett pedig évente ajánl tapintással végzett szűrést. [9].

A szűrővizsgálatok nemzetközi összehasonlítása

Az Amerikai Egyesült Államokban elfogadott szűrési rendszer

Akár csak Magyarországon, a daganatos betegségek itt is második haláloki helyen állnak. Az alábbiakban az USA-ban elfogadott szűrési rendszert ismertetem.

Az ajánlásokat öt fokozatba sorolták:

- A-ajánlás : leginkább javasolható szűrések
- B-ajánlás: javasolható szűrések, az orvosnak egyértelműen indikálnia kell
- C-ajánlás: rizikótényezőket mérlegelve kell dönteni
- D-ajánlás: nem célszerű javasolni

–E-ajánlás: nem kell javasolni

A-ajánlásként propagálják az emlőrákszűrésnél a mammográfiás vizsgálatot évente vagy kétevente 40-75 éves kor között, valamint a méhnyakrákszűrés a szexuális élet megkezdésétől 65 éves korig 2-3 évente.

B-ajánlási csoportba sorolják: 50 év felett a székletvizsgálatot évente, és a szigmoszkópiát 3-5 évente, a tüdődaganatok rutinszűrését mellkasröntgennel és köpetcitológiával, valamint a bőrdaganatoknál a fizikális megtekintést.

C-ajánlás a kolorektális daganatok szűrésénél 50 év felett a székletvérvizsgálatot évente, és a szigmoszkópia 3-5 évente fokozott rizikójú csoportoknál polipeltávolítás után, 3 év múlva teljes kolonvizsgálat, negatív eredmény után 5 évente. Már eltávolított daganat után 1 éven belül kolon átvizsgálás, negatív eredmény esetén 3 év múlva, később 5 évente.

Méhnyakrákszűrésnél 65 év felettek és humán papilloma-vírus /HPV/ pozitívak szűrése.

Bőrdaganatok rutinszerűen elvégzett szűrése orvos által, a bőr önvizsgálata, és a napkrémek bőrrák megelőző hatása. Heredaganat szűrésnél az orvos által végzett szűrés és az önvizsgálatok.

Szájüregi daganatszűrésnél a rutinszűrés hatékonysága orális nyálkahártya vizsgálat.

Húgyhólyagdaganat szűrése a magas munkahelyi rizikójú egyéneknél.

Pajzsmirigydaganat szűrés azoknál, akik gyermekkorban fej-nyak régió röntgensugárzásban részesültek

Heredaganat szűrésnél az orvos által végzett szűrés és az önvizsgálatok.

Szájüregi daganatszűrésnél a rutinszűrés hatékonysága orális nyálkahártya vizsgálat.

Húgyhólyagdaganat szűrése a magas munkahelyi rizikójú egyéneknél.

Pajzsmirigydaganat szűrés azoknál, akik gyermekkorban fej-nyak régió röntgensugárzásban részesültek [12].

D- ajánlás: Prostatarák szűrésnél a daganat rutinszűrése rektális digitális vizsgálattal, és prosztata specifikus antigén /PSA/ meghatározással.

Petefészek daganatok szűrésénél tünetmentes nők szűrése UH-gal, tumormarkerekkel, kismedencei vizsgálattal. Fokozott rizikójú nőknél 25 év felett évente kétszer kismedencei ultrahangvizsgálat

BRCA1-mutációt hordozó 25-35 éves nőknek az előbbi vizsgálat plusz tumormarker vizsgálat javasolt

Hasnyálmirigy-rák szűrésénél a tünetmentes egyének szűrése (has tapintás, UH, szerológia)

Húgyhólyagdaganat rutinszűrése mikroszkópos vizsgálattal, vizeletagens csíkkal, vizeletcitológiával.

Pajzsmirigydaganatnál rutinszűrés nyak tapintással vagy ultrahanggal [12].

Ajánlások a rákbetegségek szűrésére az Európai Unióban

Az Európai Unió államai megalkották az Európai Rákellenes Kódexet, azzal a céllal, hogy az egyre növekvő rákincidenciának határt szabjanak. A Kódex fontosabb tanácsokat tartalmaz, melyek betartása lehetővé teszi a közösség számára is a rákelőfordulás csökkenését [2].

Európai Rákellenes Kódex (European Code Against Cancer)

Egyes rákok elkerülhetőek és az egészségi állapot javítható egészségesebb életmód kialakításával.

1. Ne dohányozz! Dohányzók, hagyjátok abba a dohányzást olyan hamar, ahogy csak lehet, és ne dohányozzatok mások jelenlétében. Nem dohányszívók, ne próbálkozzatok a dohányzással.
2. Ha alkoholt fogyasztasz – akár sört, bort, vagy szeszt – mérsékelj a fogyasztást.

3. Növelj a napi főzelék és friss gyümölcsfogyasztást. Gyakran fogyassz magas rosttartalmú növényi táplálékot.
4. Kerüld el az elhízást, fokozd a fizikai tevékenységedet, és korlátozd a zsíros ételek fogyasztását.
5. Óvd magad a túlzott napfénytől, és kerüld a napon való leégést, különösen gyermekkorban.
6. Szigorúan tartsd be az ismert karcinogénekre vonatkozó munkavédelmi előírásokat. Minden egészségvédelmi és biztonsági rendszabálynak tegyél eleget, ha ilyen anyagokkal találkozol.

Korai felfedezése esetén több rákot meg lehet gyógyítani.

7. Keress fel orvost, ha egy csomót észlelsz, vagy ha fekélyed nem gyógyul (különösen a szájüregben). Menj orvoshoz, ha bőrödön olyan elváltozás van, amely alakját, nagyságát vagy színét változtatja, esetleg vérzik.
8. Vizsgáltass ki minden makacsul fennálló problémát, legyen az állandó köhögés, rekedtség, a széklet vagy vizezés ritmusának megváltozása, magyarázat nélküli fogyás.

Asszonyok számára:

9. Szabályos időközökben csináltass hüvelykenetet. Vegyél részt méhnyakrák szűrési programban.
10. Vizsgáld meg emlőidet szabályos időközökben. Ha elmúltál 50 éves, vegyél részt mammográfiás szűrésben [2].

Magyarországi szervezetek szerepe a rákprevencióban

Magyarországon 1952 óta létezik rákbeteg bejelentés és nyilvántartás, de évente átlagosan a morbiditási esetek 60-70%-át tudták csak regisztrálni.

Az Országos Onkológiai Intézet /OOI/ 1993-ban kidolgozta a Nemzeti Rákmegeelőző Programot azzal a céllal, hogy felmérje a magyar onkológia aktuális helyzetét, és kijelölje az elmozdulás irányát.

A Nemzeti Rák Regiszterben (NRR) a gyógyintézetekből érkező jelentések képezik az adatgyűjtés forrását. Hazánkban az adatokat 1999 közepe óta gyűjtik a 2000. és a 2001. év adatai már feldolgozottak, és a szakmai közönség számára hozzáférhetőek. A rosszindulatú daganatos betegségek bejelentéséről szóló 24/1999 (VII 6.) Eü.M. rendelet megjelenése biztosítja a nemzeti ráknyilvántartási rendszer működését.

Hazánkban működnek társadalmi alapítványok, civil szervezetek a rákprevenció területén – „Rák ellen az emberért, a holnapért” Alapítvány, Magyar Rákellenes Liga, Együtt a Rák Ellen, Rákbetegek Országos Szövetsége – amelyeknek kiadványai, szórólapjai jelennek meg intézményekben, kórházakban, pl. „Vigyázat! Rákveszély!” „Amit minden nőnek tudnia kell a petefészekről.” Egyéb multidiszciplináris csoportok is működnek. Az Avon Cosmetics Hungary és a Project Hope Nemzetközi Egészségügyi Alapítvány továbbképzési programot szervezett az emlőrák megelőzése érdekében. A másik szervezet az Európai Donna, az európai nők mozgalma a mellrák ellen.

Következtetések

Régebben az emberek egészségen csupán a betegség nélküli állapotot értették. Mára ez a nézet jelentősen átforgalmódott, a lakossággal való célzott foglalkozás megkívánja az egészség rendszeres ellenőrzését. Ez pedig nem végezhető el pusztán megfigyelés útján, hanem a szűrővizsgálatokra is szükség van. A jogszabályok (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, és 51/1997. (XII.18.) NM. rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról) konkrétan szólnak az alapellátás feladatairól, a háziorvos

kötelességévé teszik, hogy az „adott korcsoport számára ajánlott valamennyi szűrővizsgálat igénybevételének a lehetőségére felhívja... az általa ellátott biztosítottak figyelmét”, továbbá „a háziiorvosi szolgálat nyilvántartást vezet az általa elvégzett szűrővizsgálatok időpontjáról és eredményéről,... a beutalásról és a lelet eredményéről,... a gondozásba vett személyekről.”.

Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja stratégiai iránynak tartja a többi között: az onkológiai éberséget az alapellátásban, aminek keretében belül a rákelőző állapotok felismerését is oktatnák, valamint megtörténne a szájüregi daganatok keletkezése szempontjából magas kockázatúnak minősülő egyének rendszeres időszakos ellenőrzése, követése elsődlegesen a háziorvos, fogorvos, és az alkohológiai ambulanciák vezetői által. A jogszabály alapján „a háziiorvosi szolgálat feladatkörébe tartozik minden olyan szűrővizsgálat elvégzése, amelyre a rendelet nem jelöl ki más egészségügyi szolgáltatót. A mai álláspontokat figyelembe véve, amikor a daganatos megbetegedések a vezető halálokok közé kerültek optimális lenne, ha a háziorvosok a hozzájuk forduló pácienseknél szakmailag indokolt gyakorisággal elvégeznék és *dokumentálnák* a szájüreg megtekintésén kívül, a hónalji és ágyéki nyirokcsomók tapintását, az emlő fizikális vizsgálatát, és az RDV-t mely több szempontból is előnyös lehetne (rektum-, prosztatata tumor). Az időben történő szűrés összekapcsolódik a későbbi gondozással is.

Ebben a folyamatban *az ápolók lehetőségei és feladatai jelentősek*. Ismerniük kell a tumoros betegségek morbiditási és mortalitási adatait, hogy szerepet tudjanak vállalni a betegek felvilágosításában, tájékoztatásában, és a szűrővizsgálatok szervezésében. Működési területükön propagálniuk kell a rákszűréseken való részvétel fontosságát, és a primér prevenció érdekében a helyes életvezetésre vonatkozó lehetőségeket.

A diagnosztizálás után a betegben erősíteni kell a tudatot, hogy a rák nem minden esetben halálos betegség, az állapot nagymértékben függ az aktuális stádiumtól és a beteg orvoshoz fordulásának időpontjától. Ha a beavatkozás már késő, az ápoló feladatai közé tartozik a pszichés támogatás, a megfelelő életminőség biztosítása .

Jövő!?

Mind az ápolói, mind az orvosi hivatások kötelezettsége közé tartozik a prevenció minden formájában való aktív tevékenység. A tudományos és szakmai ismeretek gyorsütemű fejlődése indokolja a prevenciós ápolóképzés megvalósítását, amit szakirányú továbbképzés formájában lehetne megvalósítani. Célszerűnek tartanám, ha a diplomás ápolók és egyetemi okleveles ápolók, akik már rendelkeznek alapszintet meghaladó pedagógiai, egészségfejlesztési, és egészségnevelési többletismerettel, 1,5 éves szakirányú továbbképzés keretében prevenciós ápolói szakképzettséget szerezhetnének. A végzetek a megszerzett többletismerettel nem külön hálózatot alkotva működnének, hanem szervesen beépülnének az alapellátásba, a járó és fekvőbeteg ellátás munkájába. Vitathatatlanul nagy szerepük van a primér prevencióban, a szűrővizsgálatok jelentőségének hangsúlyozásában a más orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egészségügyi szakembereknek, akik szintén napi kontaktusba állnak a betegekkel gyógytornászok, védőnők, dietetikusok. Továbbképzések keretében célszerű lenne a nem egészségügyi végzettséggel rendelkezőket is bevonni a prevenció folyamatában, pl. pedagógusokat, akik ezekkel a többletismeretekkel a leendő felnőtt nemzedék egészségmagatartást befolyásolhatnák, ezen törekvések részben megvalósulni látszanak az egészségtan tanár képzés keretében.

Irodalom

[1] Betlehem, J. (2002). Bizonyítékokon alapuló ápolás. In: Kosztolányi, Gy., Decsi, T.

(szerk.): Bizonyítékokon alapuló orvoslás tankönyve, PTE ÁOK, Pécs, 88-110. p

[2] Boyle, P. és Eckhardt, S. (1996). Európai Rákellenes Kódex. Magyar Onkológia, 40, 68-75.

- [3] Costa A., Faivre J., Lynge E., Schröder H. (1999). Recommendations on Cancer Screening in the European Union. Conference on Screening and Early Detection of cancer, Nov. 18.-19., Vienna.
- [4] Czabbert, H. J.(1996). A vastagbél- és végbélrák másodlagos megelőzése, szűrése. Magyar Onkológia, 40, 101-103.
- [5] Cseh, I. et al (1999). Szűrhető-e az ovárium carcinoma? Magyar Nőorvosok Lapja, 62, 327-336.
- [6] Döbrössy, L.(szerk..) (2000). Szervezett szűrés az onkológiában. Egészségügyi Minisztérium, Budapest.
- [7] Eckhardt, S. (1999). Prevenció az onkológiában. Hippocrates, 1, 291-292.
- [8] Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010. Egészségügyi Közlöny 16. szám 2001.
- [9] Ember, I., Kiss, I. és Sándor, J. (2000). A daganatok epidemiológiája és megelőzése. Budapest: Dialóg Campus kiadó.
- [10] Forgács, I. (1998). A preventív egészségügyi kihívásai az ezredfordulón. Lege Artis Medicinae, 8, 854-858.
- [11] Gomba L. koordinátor (1997). Az onkológia alapjai. Budapest: Medicina kiadó.
- [12] Jónás E. (2000). A daganatos betegségek szűrési ajánlásai az Amerikai Egyesült Államokban. Lege Artis Medicinae, 10, 246-251.
- [13] Kásler, M.,és Ottó, Sz. (1994). A rosszindulatú daganatok másodlagos megelőzése, szűrése. Orvosi Hetilap, 134, 473-480.
- [14] Központi Statisztikai Hivatal (2002). Demográfiai Évkönyv-2001. Regiszter Kiadó és Nyomda Kft.
- [15] Lehoczky, O. (1997). A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. Magyar Nőorvosok Lapja 60, 133-136.
- [16] Ostoros, Gy. és Ajkay, Z. (1998). Gondolatok a tüdőrák szűrővizsgálatáról. Orvosi Hetilap, 139, 2491-2494.
- [17] Schumann, B. (1995). Első multcentrikus prosztatata carcinoma szűrés Magyarországon. Kórház, 2, 17-18.
- [18] Sebestyén, A. szerk. (2001). Onkológiai prevenció helyzete. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs, pp. 47-48.
- [19] Sebestyén, A. et al. (2001). Az emlőszűrő vizsgálatok helyzete a dél-dunántúli régióban. Egészségügyi Menedzsment 3. 86-91.
- [20] Sebestyén, A., és Boncz I. (2001). A prevenció és a szűrővizsgálatok makrogazdasági összefüggései. Egészségügyi Menedzsment 3. 53.-55.
- [21] Vizi, E. Sz. (1998). Szakmailag szükséges és a gazdaságilag lehetséges egészségügyi ellátás konfliktusa: etikai problémák. Magyar Onkológia, 42, 14-15.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja (Részlet)

Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése

Daganatos megbetegedések visszaszorítása

Cél: A daganatos halálozások növekedő trendjének megállítása

- *Az Onkológiai Centrumok egységes rendszerének kialakítása*
- *Az alapellátásban az „onkológiai éberség” érvényesítése*
- *Egységes graduális és posztgraduális képzés megvalósítása*
- *Onkológiai feladatok ellátásához szükséges infrastruktúra folyamatos biztosítása*
- *Az onkológiai tevékenységről és a daganatok előfordulásáról szóló adatszolgáltatási rendszerek fejlesztése*
- *Az onkológiai betegek rehabilitációs intézményrendszerének országos kiépítése*

Helyzetismertetés

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási aránya évtizedek óta rendkívül kedvezőtlen, a szív és keringési rendszer eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakorisággal.

A nagy európai, illetve nemzetközi halálozási felmérésekben férfiakkal az első, nőknél pedig a második helyen állunk, s joggal tehetjük fel a kérdést, miért halunk, és miért nyomorodunk meg rákban ennyien, vannak-e kitörési pontok és melyek azok.

Az utóbbi 10 évben az Országos Onkológiai Intézet folyamatosan elemezte a fenti jelenségeket, létrehozta a nemzetközi elvárásoknak és hazai lehetőségeknek megfelelő Nemzeti Rákkontroll Programot, s közzétette – széleskörű összefogás alapján – azon hiánypótló kézikönyveket, amelyek jelentős ismeretanyagot ölelnek fel, vezérfonalként szolgálva az onkológia számos területén. Annak érdekében, hogy a kiemelkedően magas daganatos halálozást valóban csökkenteni tudjuk, meg kell ismerni azokat az adatokat, amelyeket a halálozási statisztika és a 2001-ben már megbízhatóan működő Nemzeti Rákregiszter rendelkezésünkre bocsátott.

Hazánk a mortalitási statisztikában férfiakkal az első, míg nőknél a második helyet foglalja el. Utóbbiak esetében alig szorulunk Dánia mögé, mindkét esetben jóval meghaladva az európai átlagot. Legrosszabb a helyzet a női vastag- és végbélrák, valamint mindkét nemnél az ajak- szájüregi rák esetében, mivel ezen területeken mind a mortalitás, mind az incidencia listavezetői vagyunk. A férfi vastag- és végbélráknál „csak” a 2. helyen állunk. A többi említett lokalizációnál valamivel jobb a helyzet.

Magyarországon a szájüregi rákos megbetegedések miatti halálozás 1960-1993 között ötszörösére emelkedett, ugyanakkor az összes daganat miatti halálozás csak a duplájára nőtt. A fejlődő diagnosztikai és terápiás lehetőségek ellenére az elmúlt 40 évben nem sikerült lényeges javulást elérni a nagyon kedvezőtlen (30-50%) 5 éves túlélésben. Ennek legfőbb oka az, hogy a daganatok többnyire előrehaladott állapotban kerülnek felismerésre annak ellenére, hogy ez a daganat elvileg ideális célpont a szűrőprogramok számára, hiszen jól meghatározható veszélyeztetett populációban jelentkeznek: alkoholisták, dohányosok, elhanyagolt fogazatú férfiak, egyszerű eszközökkel: megtekintés, tapintás diagnosztizálható, kialakulásának veszélyére rákmegelőző állapot is felhívhatja a figyelmet. Mégsem sikerült eddig eredményes szűrést megvalósítani sem a fejlődő, sem a fejlett országokban.

Hazánk, ami a prosztaták okozta halálozást illeti, 2001-ben Európában a 13. helyet foglalja el. Ugyanezen ráknak az incidenciája szerint Európában a 15. helyen állunk. 2001-ben a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján 2304 új prostata tumoros beteget fedeztek fel. Ez azt jelenti, hogy a férfiak esetében a tüdő, a colorectális, a bőr, az ajak- és szájüregi daganatok között az 5. helyet foglalja el.

Ennek értelmében a program vezérfonala a preventív szemlélet gyakorlati megvalósítása. A daganatok kialakulása ugyanis megelőzhető a daganatok felkutatásával, szűrésével. A prevencióhoz hozzájárul a korszerű graduális és posztgraduális képzés és a daganatok megelőzhetőségének társadalmi tudatosítása. A daganatos megbetegedések számának

eredményes csökkentésének előfeltétele a daganatos ellátó rendszer korszerűsítése, átalakítása, amely az Egészség Évtizedének Nemzeti Programján belül kerülhet megvalósításra.

Megvalósítás stratégiai irányai

FELADATOK	SZÜKSÉGES AKCIÓK
Onkológiai éberség az alapellátásban	<p>Kötelező háziorvosi irányelv és vizsgálati protokoll bevezetése a szájüreg fizikai módszerekkel történő átvizsgálására</p> <p>Rákelőző állapotok felismerésének oktatása Szájüregi daganatok keletkezése szempontjából magas kockázatúnak minősülő egyének rendszeres időszakos ellenőrzése, követése elsődlegesen a háziorvos, fogorvos, és alkohol ambulanciák vezetői által.</p> <p>Szűrési-gondozási irányelvek készítése és beépítése a folyamatos továbbképzésbe, valamint az alapellátás minőségbiztosításába.</p>
Oktatás, társadalmi tudatosítás	<p>Az onkológiai alapismeretek, az ifjúsági egészségnevelés integráns részeként a középiskolai oktatási programba építése.</p> <p>A rákprevenció társadalmi szintű tudatosítása. A daganatos megbetegedések megelőzése, az onkológiai szűréshez kapcsolódó betegirányítás, a daganatos betegek otthoni ellátása.</p> <p>Nemzeti Program megvalósítása az onkológiai betegellátást ismertető egységes alap és továbbképzésre.</p>
Kórházi férőhelyek biztosítása és rehabilitáció fejlesztése	<p>A javaslat lényeges eleme a kemoterápiás és sugárterápiás ágyak szétválasztása, valamint a rehabilitációs tevékenység folyamatos fejlesztése.</p>
Onkológiai centrumok	<p>Az Onkológiai Centrumok a területi betegellátás teljes körű menedzselését és minőségbiztosítását végzik. Az Onkológiai Centrumok intézményes alapjait a területi ellátásért felelős onkológiai munkahelyek integrációjával kell létrehozni.</p>
Adatszolgáltatási rendszerek fejlesztése	<p>Országos Onkológiai Adattárház létrehozása.</p> <p>Onkológiai portál üzemeltetése a lakosság folyamatos tájékoztatása céljából. Népelemszintű szűrések szervezése publikálása, a megfelelő szűrési metodikák publikálása</p>

Várható eredmények

A daganatos halálozások növekedésének megállítása.

Egységes graduális onkológiai képzés, tankönyv megírása. 2010-ig 350 onkológus szakorvos és 300 szakápoló képzése.

Minden beteg számára egyenlő eséllyel legyen biztosított a szakszerű ellátáshoz való hozzáférés.

Onkológiai Centrumok szervezése egységes elvek alapján: 2 centrum / 1 millió lakos területi gyakorisággal.

Adatbázis létrehozása a magyarországi onkológiai ellátás helyzetéről, szűrési tevékenység és Nemzeti Rákregiszter összehangolt működtetésére.

Rehabilitációs intézményrendszer kialakítása.

2003-2004-ben megvalósítandó akciók

1. Egységes koncepció kidolgozása és szakmai anyagok fejlesztése az alapellátás onkológiai tevékenységének támogatására.
2. Az onkológiai tevékenység adatszolgáltatási rendszerének fejlesztése.
3. Egységes graduális és posztgraduális képzés tematikájának kidolgozása.
4. Megyei Onkológiai Centrumok kialakítása.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Műtét előtti szorongás és feloldásának lehetőségei

Dr. Kocsisné Pap Katalin

ápolási igazgató-helyettes,

Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézete

A vizsgálat célja: Feltárni, hogy az orvos által nyújtott tájékoztatás mellett milyen szerepe van az ápoló által nyújtott felvilágosításnak.

***Minta és módszerek:** A vizsgálat a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézete-nek urológiai osztályán készült. A vizsgálat saját tervezésű, műtét előtti és egy műtét utáni kérdőívekkel történt. Összesen 63 beteg került bevonásra, ebből 60 válasz volt kiértékelhető. A kutatás során a vizsgálati személyek egyaránt 30-30 betegből álló kísérleti csoportra és kontrollra oszlottak. A kísérleti csoport speciális ápolói felkészítésben, a kontroll csoport hagyományos előkészítésben részesült. A két csoport szorongásának mérése galván bőrreflex mérővel (GBR) történt.*

***Eredmények:** A kísérleti és kontroll csoport műtét előtti felkészítettségében és műtét előtti és utáni szorongásában jelentős eltérések adódtak. Mindkét esetben az ápolók által felkészített kísérleti csoport tagjai mutattak kedvezőbb eredményeket, erre utalt a nagyobb utólagos tájékozottság és az alacsonyabb szorongás érték. Az eltérő nemek között is jelentős eltérést észleltünk a szorongás tekintetében.*

***Következtetések:** A vizsgálat egyértelműen kimutatta, hogy a speciális ápolói felkészítésben részesült kísérleti csoport tagjai elegendő információval rendelkeztek, felkészítésüket utólagosan is komplettnek érezték, valamint a bőrreflex mérések eredményei szerint is jóval kisebb utólagos szorongást mutattak. A válaszokból kiderült, hogy az ápolók által hagyományosan nyújtott felvilágosítás a kontroll csoportban nem okozott érdemi változást. Mindezek a tudatosan tervezett, ápolók által végrehajtott műteti előkészítés fontossága mellett szóló érvek.*

Munkánk során számos alkalommal figyeltük meg, hogy a betegek műtét előtti szorongása a műtét követő lábadozás szakaszában is lassan oldódik. Ez mindenképpen arra utal, hogy a

gondozás során fokozott figyelmet kellene fordítani betegeink pszichés állapotára is. A pszichés gondoskodás ugyanúgy a minőségi ápolás folyamatához tartozik, amelynek része a beteg műtét előtti szorongásának oldása. A szorongás megszüntetése alapvető a beteg gyógyulásának elősegítéséhez.

A vizsgálat célja

Feltárni, hogy az orvos által nyújtott tájékoztatás mellett milyen szerepe van az ápoló által nyújtott felvilágosításnak. Meghatározni, hogy mennyire tartják fontosnak a betegek, illetve az ápolók a műtét előtti pszichés előkészítést.

Vizsgálati módszerek

A vizsgálat a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézetének urológiai osztályán készült. A vizsgálat saját tervezésű, műtét előtti és egy műtét utáni kérdőívekkel történt. Összesen 63 beteg került bevonásra, ebből 60 válasz volt kiértékelhető. A kutatás során a vizsgálati személyeket két csoportra osztottam, a kísérleti csoport és a kontroll csoport egyaránt 30-30 betegből állt. A kísérleti csoport betegei részletes felvilágosítást kaptak a műtét előkészítéséről, a műtét beavatkozás körülményeiről és a műtétet követő időszak átmeneti nehézségeiről. Ezeknél a betegeknél a beszélgetés során tudatos kísérlet történt a feszültség és a szorongás feloldására. A beszélgetések nyugodt légkörben, négy szemközt történtek, ahol a beteg érezhette, hogy a figyelem rá és a betegségére irányult. A betegnek lehetősége volt kérdezni, minden részletet megnyugtatóan tisztázni.

A kontroll csoport hagyományos előkészítésben részesült, beavatkozásként csak a kérdőív kitöltése történt.

A két csoport szorongásának mérése galván bőr reflexmérővel, GBR-rel történt. A GBR a bőr elektromos ellenállását méri. Az autonóm idegrendszer működésének egyik mutatója a bőr elektromos vezetőképessége, amely a szorongással fordítottan arányos, minél alacsonyabb a jelzett érték, annál erősebb szorongásról árulkodik. A műtétet követő harmadik, negyedik napon mindkét csoport kitöltötte a műtét utáni szorongás kérdőívet, és meghatároztuk a szorongás fokát GBR-rel.

Eredmények

A műtét előtti kérdőív első kérdése arra keresett választ, hogy a műtetre váró betegek kitől kaptak megelőző tájékoztatást (1. táblázat). Ebből látható, hogy a kontroll csoport tagjai az ápolókra nem hivatkoztak információforrásként. Ez a későbbi kiértékelés során valószínűsíti, hogy az esetleg csoportok közötti eltérés az ápolói beavatkozás eredménye.

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Orvostól	0	0	24	80,0
Ápolótól	4	13,4	0	0
Orvostól és ápolótól	26	86,6	0	0
Betegtársaktól	0	0	4	13,3
Ismerőstől	0	0	2	6,7
Összesen:	30	100,0	30	100,0

1. táblázat - Műtéttel kapcsolatos ismereteit kitől szerezte?

A második kérdésből arra kaptunk választ, hogy a betegek mennyire tájékozottak a műtétről (2. táblázat). A különbség a kísérleti és kontroll csoportok között már itt is nyilvánvaló. Érdekes azt is megjegyezni, hogy a kontroll csoport tagjainak közel egynegyede csak kérdéseire kapott választ, átfogó felvilágosításban nem részesült.

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Úgy érezte, mindent tud	29	96,6	1	3,4
Úgy érezte, nem sokat tud	1	3,4	21	70
Semmit sem tud	0	0	8	26,6
Összesen:	30	100	30	100

2. táblázat - Mit tud az Önre váró műtétről?

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Kérés nélkül megkapta	30	100	23	76,7
Csak a kérdéseire válaszoltak	0	0	7	23,3
Összesen:	30	100	30	100

3. táblázat - Műtétrel kapcsolatos felvilágosítást, tájékoztatást hogyan kapta meg?

Az egyes csoportok lényeges eltérés nem adódott a műtéli mellékhatások és kockázatoktól való félelem és szorongás tekintetében (4. táblázat).

A műtétet követő kérdőív első kérdésében utólagosan újra értékeltetjük a műtéli felkészítést a két csoport tagjainál (5. táblázat). Figyeljük azonban meg az eltérést a kontroll csoportban, a műtét előtt 76,7% kérés nélkül is kapott felvilágosítást, ugyanakkor a műtét után 86,7% nem érezte magát felkészítettnek. Ugyanakkor a kísérleti csoport tagjainál alig vehető észre változás a felkészítés tekintetében.

A következő kérdés arra világított rá, hogy milyen módon segíthette volna az ápolás a műtét előtti felkészítést (6. táblázat). Látható, hogy a kontroll csoport tagjai a beszélgetést és felvilágosítást kiemelten igényelték, amíg a kísérleti csoport tagjai alig fogalmaztak meg többlet igényt.

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Nem fél	7	23,3	1	3,3
Altatástól, érzéstelenítéstől	9	30	12	40
Szövődményektől	3	10	2	6,6
Kiszolgáltatottságtól	4	13,3	6	20
Haláltól	3	10	2	6,7
Fájdalomtól	4	13,4	7	23,4
Összesen:	30	100	30	100

4. táblázat - Mitől fél a legjobban?

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Felkészítettnek érezte magát	30	100	4	13,3
Nem érezte magát felkészítettnek	0	0	26	86,7
Összesen:	30	100	30	100

5. táblázat - Eléggé felkészítettnek érezte magát a műtetre?

Az ápolói felkészítés hatékonyságát legjobban a 7. táblázat szemlélteti. Ebből egyértelműen látható, hogy a kísérleti csoport esetében a szorongás leküzdésében az ápoló a legfontosabb személy, míg a kontroll csoportnál ugyanezt az orvos végezte. Ha figyelembe vesszük a felkészítésre vonatkozó előző kérdések értékelését, egyértelmű, hogy az ápolói felkészítés volt a hatékonyabb.

A szorongás oldásának hatékonyságát azonban a GBR értékek mutatják egyértelműen. A 8. táblázat szerint a műtét előtt és után is jelentős eltérés adódott mind az egyes nemek, mind a két csoport tekintetében. A műtét előtt és után is a kontroll csoport szorongásának átlag értéke jóval alulmúlta a kísérleti csoportét. Mivel az alacsonyabb értékek magasabb szorongást jelentenek, az ápolók végezte műtéti előkészítés a beteg és a bőrreflex mérések szerint is hatékonyabb.

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Semmiben	29	96,7	4	13,3
Műtőben érzéstelenítés után beszélgetni szeretett volna	1	3,3	0	0
Beszélgetéssel	0	0	9	30
Több felvilágosítással	0	0	17	56,7
Összesen:	30	100	30	100

6. táblázat - Miben tudtunk volna segíteni, hogy a műtét előtti szorongását enyhítsük?

	Kísérleti csoport (fő)	%	Kontroll csoport (fő)	%
Orvos	0	0	23	76,67
Orvos és ápoló	8	26,67	4	13,33
Ápoló	22	73,33	0	0
Betegek	0	0	1	3,33
Senki	0	0	2	6,67
Összesen:	30	100	30	100

7. táblázat - A műtét előtti szorongás leküzdésében ki segített legtöbbit?

A szorongás oldásának hatékonyságát azonban a GBR értékek mutatják egyértelműen. A 8. táblázat szerint a műtét előtt és után is jelentős eltérés adódott mind az egyes nemek, mind a két csoport tekintetében. A műtét előtt és után is a kontroll csoport szorongásának átlag értéke jóval alulmúlta a kísérleti csoportét. Mivel az alacsonyabb értékek magasabb szorongást jelentenek, az ápolók végezte műtéti előkészítés a beteg és a bőrreflex mérések szerint is hatékonyabb.

GBR átl. eredmény (műtét előtt)	Kísérleti csoport (kohm)	Kontroll csoport (kohm)
Nők	167,16	83,36
Férfiak	115,00	73,74
Nők-férfiak össz. átlaga	136,10	77,27

GBR átl. eredmény (műtét után)	Kísérleti csoport (kohm)	Kontroll csoport (kohm)
Nők	235,58	76,8
Férfiak	199,05	96,68
Nők-férfiak össz. átlaga	214,4	89,4

8. táblázat - Műtét előtti és utáni GBR értékek

Megbeszélés

A jelen vizsgálat célja ápolók által nyújtott műtét előtti felvilágosítás eredményességének meghatározása volt. A vizsgálat egyértelműen kimutatta, hogy a speciális ápolói felkészítésben részesült kísérleti csoport tagjai elegendő információval rendelkeztek, felkészítésüket utólagosan is komplettnek érezték, valamint a bőrreflex mérések eredményei szerint is jóval kisebb utólagos szorongást mutattak. Ennek magyarázata lehet, hogy az orvostól a betegek betegségükről kapnak szakszerű felvilágosítást, az ápolók pedig a műtéti előkészítésről, a műtét körülményeiről és a műtét utáni nehézségekről nyújtanak több információt. A válaszokból azonban az is kiderült, hogy az ápolók által hagyományosan nyújtott felvilágosítás a kontroll csoportban nem okozott érdemi változást. Mindezek a tudatosan tervezett, ápolók által végrehajtott műtéti előkészítés fontossága mellett szóló érvek. A sikeres műtét elengedhetetlen feltétele minden műtét előtt álló beteg magas színvonalú, kellő időben és megfelelő körülmények között végzett pszichés műtéti előkészítése. Ennek feltétele olyan kellő számú, magasan kvalifikált ápoló személyzet, akik a szakmai felkészültségük mellett humánus magatartással és empátiás készséggel is rendelkeznek.

Ápolási szempontból további érdekes kérdésnek bizonyul a nemek közötti szorongás vizsgálata. A 8. táblázatból megfigyelhetjük, hogy a kísérleti csoportban a nők szorongása alacsonyabb volt a műtét előtt és után is, ugyanakkor a kontroll csoport esetében a műtét után a nők szorongása felülmúlta a férfiakét. Ennek oka ismeretlen, de a nemek közötti eltérések megértése fontos lehet eltérő ápolási beavatkozások megtervezéséhez.

Az ápolói felkészítés hatékonyságának vizsgálatához érdemes hozzáfűzni, hogy a kísérleti csoport esetében a beteget az orvos és ápoló is tájékoztatta, igaz, egymástól függetlenül. Ahhoz, hogy a két tájékoztatás közötti világos eltérést kimutathassuk, olyan kísérleti kutatást kellene végezni, amelyben az orvosi és az ápolói tájékoztatás elkülönül egymástól.

Irodalom

1. Bangó, B. A műtét előtti félelem, szorongás vizsgálata Szülészeti-nőgyógyászati osztályon. Egészségügyi munka XXXVIII. évf. 6., 153-156.
2. Bokor, N. (1991). Általános Ápolástan – Gondozástan I-II. Budapest: Medicina.
3. Buda, B. (1991). Az empátia – a beleélés lélektana. Budapest: Gondolat.
4. Császár, Gy. (1980). Pszichoszomatika a gyakorlatban. Budapest: Medicina.
5. Császár, P. (1994). Kommunikáció. Interperszonális interakció az ápolásban. Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskola jegyzete diplomás ápolók számára.
6. Elek, K. (1984). Lélek és Test. Budapest: Medicina.
7. Faludi, G. (1988). Szorongás mai szemmel. Budapest: ARTUON/Széchenyi könyvkiadó.
8. Fügedi, J. és Dr. Buda, B. (1990). A pszichoterápia műhelyei. Budapest: Medicina.
9. Geréb, Gy. (1986). Pszichológia. Budapest: Tankönyvkiadó.
10. Hárdi, I. (1995). Pszichológia a betegágynál. Budapest: Medicina.
11. Haubel A. (1992). A betegséggel járó pszichológiai problémák – útmutató nővérek számára. Nővér, 5, 2-3., 35-38.
12. Helembai, K. Az ápoláslélektan alapkérdései. OTE Egészségügyi Főiskolai Kar.
13. Ignác, R. és Varga, G. (1995). Mit tehetünk a szorongás ellen? Élet és Tudomány, 29.
14. Illés, Gy. (1996). Új utak az ápolóképzésben. Nővér, 1, 4-8.
15. Losonczy, Á. (1986). A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Budapest: Magvető.
16. Nosza, M. Az ápolónőről és az ápolónői munkáról. Egészségügyi Munka XXXI. évf. 3., 71-74.
17. Pálfi, F. A nővér és a beteg közötti kapcsolatról. Egészségügyi Munka XXXVIII. évf.3., 71.73.
18. Prohazk, R. (1991). Kommunikáció – Segítő simogatás, tapasztalatok. Nővér, 4, 32-33.
19. Streubelt, M. (1990). A betegközpontú (betegorientált) ápolás alapelvei. (Újabb gondolatok a betegorientált ápolásról.) Szervezési kérdések. Nővér, 3. 2., 1-4.
20. Szádóczky, E. (1992). A szorongásos zavarok osztályozása és diagnózisa. Pszichiátria Hungarica, VII. évf. 1., 9-16.
21. Tringer, L. (1991). A gyógyító beszélgetés. Kiadta a Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A prevenció lehetősége gyermekkori asztmában

Patai Andrea

csecsemő- és gyermek szakápolónő - szociálpedagógus,
Kenézy Gyula Kórház- Rendelőintézet Csecsemő és Gyermekosztály

Az egészséges életmód korunk emberének egyik legfontosabb kérdésévé lépett elő. Szakemberek széles skálája igyekszik bemutatni, elemezni, és elérhetővé tenni azokat a feladatokat, melyeket egészségünk megőrzése érdekében tennünk kell/kellene.

Az életmódunkat át-meg átszövik azok a környezeti hatások, melyek alakítják mindennapi életünket. Az egészséges életmód megismeréséhez, terjesztéséhez, elfogadtatásához, választási lehetőségeihez társadalmi, pszichológiai, pedagógiai, szociológiai ismeretek és módszerek szükségesek. Az életmód viselkedési minták összessége, amelyek annak a

társadalmi rétegnek, csoportnak a szociális és kulturális normáival vannak szoros kapcsolatban, amelyhez az egyén tartozik vagy tartozni szeretne. Az életmódot sok tényező alkotja, amelyek fontossága egyénenként eltérő. Az életritmustól a helyes táplálkozáson, a rendszeres testedzésen át a mindennapi életre való felkészülésig sok-sok fontos eleme lehet az egészséges életmódra nevelő különböző irányzatoknak.

Az életmódot alakítja az egyén családja, iskolái és egyéb környezete, a nagypolitika és az éppen aktuális egészségpolitika. Az életmód része a higiénia, megfelelő táplálkozás, a mozgás, a fizikai aktivitás, a rendszeres testedzés, a sportolás. Mindezeket a környezeti ártalmak, természet, civilizáció nagymértékben befolyásolja. Hatásaikra - ha az emberi szervezet homeosztázisa nem képes kompenzálni a létrejövő változásokat – betegségek alakulnak ki.

Az allergia-asztma világszerte sok gyermeknek okoz keserves időszakot. Ma már nincs olyan ország, amely teljesen mentes lenne e betegségtől, egyre gyakrabban fordul elő, szinte népbetegség. Ha a gyermeket pszicho-biológiai-társadalmi egységként kezelő szemlélet megerősödik, a krónikus beteg gyermek ismeretszerzési, beilleszkedési problémáinak felismerése indokoltá teszi az óvodai, iskolai környezet részvételét a kezelésben, a gondozásban, a prevencióban.

Az asthma bronchiale pszichoszomatikus betegség, tehát a testi problémákkal együttesen a lelki tényezők szerepe is rendkívül lényeges a kórlefolyásban. Az orvosok és a pszichológusok ezért nagy figyelmet fordítanak a beteg személyiségére, személyiségük változásaira kora gyermekkoruktól fogva. A korszerű orvostudomány e betegséget biológiai-lelki, szociális vetületében egyaránt, komplex módon kívánja kezelni.

A debreceni Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Csecsemő- és Gyermekosztály légúti allergológiai és gyermek-pulmonológiai szakrendelőjében dolgozva a napi munka során lehetőség nyílt közelebb kerülni az allergiás-asztmás betegségben szenvedő gyermekekhez és szüleikhez. Vizsgálódásom fókuszába tartozik a beteg családi kapcsolatrendszere – betegoktatás, prevenció, rehabilitáció -, ugyanis sok esetben az asztmatikus roham jelentkezése a beteg családi életének zavaraival párhuzamba állítható. A terápiába bevonjuk a beteg gyermek családját, felvilágosító programokkal együttesen segítjük elő a gyakran felmerülő nevelési hibák kiküszöbölését.

Mindazonáltal az asztmás gyermek pszichoterápiája rendkívül nehéz feladat, kezelésének egyik buktatója, hogy abból sosem hiányozhat a család. Márpedig közismert, hogy a betegek hozzátartozói zárt közösséget alkotnak, s nehezen engednek betekintést a család belső életébe.

Tapasztalataim azt bizonyítják, hogy az évek során ilyen jellegű panaszokkal egyre nagyobb számban keresik meg a „betegek” és szüleik szakrendelésünket. A probléma természetesen összetett, mint ahogyan a betegség tünetei is széles skálát mutatnak. Az évek során a betegséggel behatóbban foglalkozó csoport- melyhez én magam is tartozom -, a prevenciót emelte ki fontos feladatának. Ennek érdekében különböző beavatkozási módszereket határoztunk meg, melyek közül egy lehetőséget mutatok be.

Feltételezésem: körültekintő, átfogó szakmai munkával alapvetően befolyásolható a betegség alakulásának kimenetele. Különösen figyelni kell az alábbi összetevőkre:

- a beteg családi kapcsolatrendszere,
- a családi élet működésének minősége,
- a környezeti tényezők hatása a családra,
- a betegoktatás lehetősége,
- a rehabilitáció minősége,
- a szakemberek együttes hatásrendszere.

Ezeknek az összetevők szerepének a részletes bemutatására törekszik az írás további része.

A szakirodalom áttekintésén túl a gyakorlatban szerzett tapasztalataim illetve saját adatgyűjtésem révén igyekszem a problémát bemutatni. Adataimat kérdőívek feldolgozásával, megfigyeléssel, dokumentumok áttekintésével, interjúk készítésével gyűjtöttem.

Az intervenciós lehetőségek közül a legfontosabbnak a betegoktatást tartom, amelyre a szervezésünkben működő Bodaszőlői Rehabilitációs táborban nyílik lehetőség. Fontos a preventív munkába a nevelési-oktatási intézményeknek is bekapcsolódniuk, mert hatékony és időben elkezdett gyógyítás csak összehangolt egészségügyi és köznevelési hatásrendszer kialakításával lehetséges. Ezeket a társadalmi igényeket és egészségügyi szükségleteket felismerve egy team-et hoztunk létre.



1. ábra A gyermekgondozást segítő intézményi rendszer

A Bodaszőlőn működő rehabilitációs tábor bemutatása

A tábor részletes bemutatását megelőzően fontos megemlíteni a szociális háló működését. A szociálpedagógus kompetenciája nem minden esetben teszi lehetővé a probléma minden oldalú megoldását, szükség van más intézményekkel való állandó és folyamatos kapcsolattartásra. Ez a kapcsolat nemcsak a hatékony munkát segíti, de elkerüli a szociális háló többszörös fedését és a túlgondozást: együttműködő és megelőző intézkedéseket tesz lehetővé az asztmás betegek nyomon követésére.

A szociálpedagógusnak időben fel kell ismernie a gyermekeket, a családokat veszélyeztető okokat, majd körültekintő munkával megszervezni azokat a beavatkozásokat, melyek alkalmasak a kedvezőtlen helyzet enyhítésére, megváltoztatására. Mindannyiunk közös célja, hogy a veszélyeztetettek közül minél kevesebb betegnél alakuljon ki az asztmás betegség súlyos formája. Ez prevencióból és több éven keresztül folytatott betegkövetésből, valamint a beteggel folytatott jó kapcsolattartásból áll. Mivel az asztma pszichoszomatikus betegség, ezért nagyon hasznos a családterápia. A közös családi úszás, kirándulás, nyaralás nemcsak a testi, hanem a lelki egyensúlyt is elősegíti.

A debreceni Kenézy Gyula Kórházban működő gyermek légúti szakrendelésen évről-évre több allergiás-asztmás beteget látunk el. A szakrendelés alkalmat ad megismernedni a gyerekekkel, családjukkal és a közös beszélgetés eredményeképpen több odafigyeléssel, megértéssel, türelemmel fordulnak gyermekük felé ezek a szülők. Miután Hajdú-Bihar megye

településeinek adottságai miatt az otthoni rehabilitáció lehetőségei eléggé szegényesek (még a nagyobb városokban sincs megfelelő tornaterem, uszoda és nem utolsósorban szakember), döntöttünk úgy, hogy betegeinknek rehabilitációs táborokat szervezünk.

A megye különböző helyein (Hármashegyalja, Létavértes, Hajdúszoboszló) 1986 óta szervezett táborokat, 1990-től a Hajdúböszörményi Önkormányzat jóvoltából a Kenézy Gyula Kórház kezelésében lévő Bodaszőlői Rehabilitációs Egységben rendezzük. A táborok működési költségeit az egészségbiztosító fedezi a kórházon keresztül, de a programok bővítése, a munkát segítő eszközök beszerzésére, valamint a táborok életének színesítésére ez a forrás nem ad lehetőséget. Emiatt hoztuk létre 1994-ben az „Esély az Egészségért Alapítványt”. A rehabilitációs tevékenységnek ennek a formája azért is fontos, mert a betegek számának emelkedésével számolva, melynek következtében kevesebb idő jut betegoktatásra a rendeléseken.

Maga a rehabilitációs egység Debrecentől 17 km-re, egy kistelepülés erdős részén, szinte érintetlen környezetben fekszik. Ide már az általunk kivizsgált, terápiára beállított gyerekek kerülnek, kéthetes turnusokban kezeljük, oktatjuk őket. Tavasszal (március közepétől május végéig) és ősszel (szeptember elejétől október végéig), 4-7 év közötti gyerekek édesanyjukkal, nagymamával, ritkább esetben édesapjukkal vesznek részt. Nyári hónapokban iskoláskorú, illetve külön kategóriának számító kamaszokat táboroztatunk. Ottlétük alatt szoros orvosi ellenőrzést, állandó ápolói felügyeletet biztosítunk. Gyógypedagógus a gyógytornát, légző tornát, víz alatti tornát és az úszásoktatást biztosítja.

Az úgynevezett „mamás táborok” programjainak főbb eseményei a minden reggel, ébresztő utáni reggeli torna, amit időjárástól függően a szabadban végzünk. Ezt csúcsáramlás mérés - a gyerekek szavaival élve – „fújás” következik, amit a nap végén megismétlünk. A második hét végén a torna, az úszás, a gyógyszerek helyes és rendszeres használatával jelentős javulást érünk el. Rehabilitációs táborainkban a két hét folyamán hat alkalommal gyógytornára és légző tornára, öt alkalommal pedig uszodai foglalkozásra kerül sor. Az uszodai foglalkozásokra Debrecenbe szállítjuk a gyerekeket, bérelt autóbusszal. A vízi gyakorlatok a kisebb gyerekeknél csak a szülő bevonásával lehetségesek, így a gyakorlatokat együtt végzik. Eleinte félnek, bátortalanok, de játékos gyakorlatokkal a víz iránti félelmük pár foglalkozás után oldható.

A szabad délutánokon van mód és lehetőség a szülőkkel bővebben beszélgetni, felmerülő kérdéseikre felelni, az úszás, a rendszeres testmozgás, valamint a gyógyszerek használatának jótékony hatását kiemelni. A gyakorlat azt mutatja, hogy a szülő csak akkor fogadja el teljes mértékben a terápiás javaslatot, ha előzőleg elmondhatja a betegséggel kapcsolatos szorongásait, félelmeit. A szülőnek és a gyermeknek is ismernie kell a gyógyszeres terápia adagolását, hatásait, mellékhatásait, a gyógyszerek, segédeszközök alkalmazásának technikáját. A betegségről kellő ismeretekkel kell rendelkezzenek, mert akut esetben a családnak vagy a nagyobb gyermeknek önállóan kell dönteni a teendőkről - ezalatt értjük a gyógyszeres beavatkozás szintjeit, esetleg orvos értesítését.

Sok beteg, különösen az iskoláskorú gyerekek, fiatal felnőttek félelemmel fogadják az asztma diagnózisát, krónikus betegség tudatával megbélyegezettnek érzik magukat. Fizikai terhelhetőségük csökkenése kizárhatja őket a sportból, közös játékokból. Hangsúlyozni kell, hogy megfelelő kezeléssel a betegség viszonylag kevés kellemetlenséggel jár, ugyanakkor szó esik arról, milyen mozgást végezzenek bátran. Az úszás jótékony hatásáról külön is beszélünk: a vízben végzett teljes testmozgás erősíti a belégzőizmokat, a víznyomás pozitívan hat a légzéstechnikára.

Megérkezésük első napján ellenőrizzük a gyerekek által használt gyógyszerek alkalmazását. A gyerekek egymás előtt veszik be a gyógyszereiket, és a hibákra ők maguk figyelmeztetik társukat. Kisebb korosztálynál Nebuhaler segédeszközt alkalmazunk a spray-k leszívásához. Sok esetben tapasztaljuk, hogy a szülő elhagyja a segédeszközt, és e nélkül használják a

gyógyszert. Újra felhívjuk a figyelmet a segédeszköz fontosságára, és arra, hogy a gyógyszert szinte teljes hatékonysággal csak így tudja inhalálni a gyermek. Gyakran nemcsak a segédeszközt, hanem a gyógyszert is elhagyják, ha a gyerek állapotában javulás áll be.

Több alkalommal kötetlen beszélgetés keretén belül el kell mondani, ismételni, hogy melyik a preventív és a tüneti gyógyszer, melyiket hogyan és mikor kell használni. Ezekre a kérdésekre a táborban több idő jut, mint a zsúfolt rendelőben, hiszen a rendelőben izgul a szülő, figyelme elterelődik - főleg ha sír vagy fél a gyermek -, nem tud mindent pontosan megjegyezni. Itt oldottabb a légkör, a szülők egymás között vannak, bátrabban mernek a problémájukról beszélni, mert látják, hogy nemcsak egyedül nekik jelent ez nehézséget a mindennapi életben, más családok is hasonló gondokkal küszködnek. Szó esik a család szerepéről, ha szükséges a lakásban érdemes változtatásokat végrehajtani gazdaságos formában. Gondolok itt az igazoltan atka, házi por, toll-érzékeny gyermekekre, ahol ezeket a tényezőket kell lehetőségeik szerint kizárniuk.

Megvilágítjuk a szülő számára, hogy a rendszeres gyógyszeresedés mellett a panaszmentes gyermek ugyanolyan életmódot folytathat, mint hasonló korú, egészséges társai. Nyári táboraink, melyekben iskolások vesznek részt, már szülői felügyelet nélkül folynak. A gyógytorna, uszodai programok mellett játékos vetélkedőket, rajzversenyeket, aszfaltversenyt, családi sorversenyt, stb. szervezünk. Prevenciós programokat - dohányzás, egészséges életmód, betegségtudat - folyamatosan tartunk. Az ott elhangzott gondolatokról a gyermekek rajzot készítenek, amin keresztül ők jelzik a külvilág felé betegségük (másságuk) elfogadását. Bábegyüttes, előadóművészek, diákzenekarok látogatják rendszeresen a tábort. A táborban résztvevők – távozáskor - szinte egy emberként éneklük „Az asztma és az allergia dalát”.

A légutak felépítésével, működésével és az asztmával kapcsolatos ismeretterjesztő filmek után „asztma totót” és kvíz kérdéseket töltetünk ki a résztvevőkkel. A szabadban további sportvetélkedők, labdajátékok is mindennaposak, növelik fizikai terhelhetőségüket. Sok lehetőséget biztosítunk az önfeledt játszásra (asztali tenisz, labdarúgás, kosárlabda, kerékpározás, stb.). A természet adta lehetőségeket is kihasználva sétákat, túrákat szervezünk, ami alkalom a gyermekeknek a növény és állatvilág megismerésére. A közelben lovaglásra, székértúrára is lehetőség van. Itt sokszor a “széltől is óvott”, testnevelés alól felmentett gyermek is két hét elteltével olyan fizikai állóképességre tesz szert, ami a szülőket is meglepi, nem csak a szakembereket.

A kamasztáborok lakói már szinte önállóak, rendszeresen és rendeltetésszerűen tudják használni a gyógyszert, persze csak akkor, ha kamasz öntudatuk kellő felelősséggel párosul. Sok esetben már dohányoznak is, hiszen középiskolában ez már sajnos szinte mindennapos, sikknek számít, és ők sem akarnak lemaradni hasonló korú társaiktól. Ezt a korosztályt a legnehezebb meggyőzni a dohányzás káros hatásairól, a gyógyszerek rendszeres használatának fontosságáról. Persze a beszélgetéseken kiderül, hogy ők a veszélyekkel teljesen tisztában vannak és vállalják annak későbbi következményeit, csak akkor már felnőtt fejjel mondhatják: „Sajnos, az egészség minden javak között az, amelyre az ember a legkevesebb figyelmet fordítja”.

A „mamás táborban” kiosztott kérdőívek feldolgozása alapján egyértelmű, hogy a Bodaszőlői Rehabilitációs Táborban résztvevők továbbra is igénylik ezt a közösséget, hogy az azt követő mindennapok nehézségeit, buktatóit könnyebben tudják kiküszöbölni. A kórházba történő visszarendeléskor azok a gyermekek, akik táborban voltak - közvetlen kapcsolat alakult ki orvos-beteg-szülő-szakemberek között -, félelem nélkül lépnek be a rendelőbe.

A szülők részére eljuttatott kérdőívek elemzése

A Bodaszőlői rehabilitációs táborban 50 szülő vállalkozott arra, hogy az általunk összeállított kérdőívekre válaszoljon. Összesen 44 szülő adta vissza kitöltve a kérdőívet. Az elemzés erre a 44 kérdőívre támaszkodik.

A „mamás” táborban részt vevő gyermekek átlagéletkora 4-8 év volt; 30 fiú és 14 lány. Ebből is kitűnik, hogy a fiúk aránya kétszerese a lányokéhoz viszonyítva. A mindennapi munka során is igazolt, hogy az asztmás betegek között - ha nem is pontosan a duplája - nagyobb számban vannak a fiúk.

Lakóhely szerinti megoszlásuk szerint városban 25-en éltek, falvakból származott 19 fő. Az urbanizáció káros hatásaival is egyre gyakrabban kell szembesülnünk, a levegő káros szennyeződései miatt a városi beteg gyermek száma fokozatosan emelkedik.

A szülők iskolai végzettsége is azt mutatja, hogy a betegség minden szociális rétegben megtalálható, de igen gyakori a középfokú végzettséggel rendelkezőknél (1. táblázat).

<i>8 általános (vagy kevesebb)</i>	<i>szakiskola</i>	<i>érettségi</i>	<i>Felsőfokú (főiskola, egyetem)</i>
9	10	20	5

1. táblázat - Iskolai végzettség szerinti megoszlás

A legtöbb szülő leírta, mivel ez a betegség szinte népbetegség, mindent megtett annak érdekében, hogy gyermekük a rendszeres gyógyszeres kezeléssel és a rendelőben illetve a táborban kapott segítséggel együtt ugyanúgy tudjon élni, mint a vele egykorú társai.

Az intézményben (óvoda, iskola) a szülők megfigyelése szerint csak részben veszik figyelembe és értik meg gyermekük betegségét. A pedagógus - mivel tud a gyermek allergiájáról, asztmájáról - a legkisebb tünetjelet is azonnal jelzi a szülőnek, míg az úgymond egészséges gyermekeknél ezt figyelmen kívül hagyja. A pedagógusok általában félnek attól, hogy a köhögések bármikor rohamot válthatnak ki, amit nem biztos, hogy tudnak kezelni.

A szülők tájékozottsága szempontjából nem volt olyan, aki ne olvasott, érdeklődött volna a betegségről. A legtöbb szülő a rendelőben, vagy a váróteremben egymással megbeszélve, könyvekből, sajtóból tájékozódott. Voltak, akik már első gyermekük által ismerték a betegséget, másoknál ez genetikai örökség (nagyszülőknél, rokonoknál is fellelhető), ők is ezzel a problémával kénytelenek együtt élni.

Arra a kérdésre, hogy tettek-e a szülők életmódbeli változásokat, a legtöbben anyagi helyzetüket figyelembe véve igyekeztek az ideális állapot megteremtésére. Például panellakásból kertes házba költöztek, padlószőnyeg helyett parkettát fektettek le, plüss állatokat eltávolították, nedves takarítást vezettek be, a tollas ágyneműket lecserélték, kirándulásokat szerveztek a szabadba, úszást, étrendváltoztatást iktattak be. A felmérésből kitűnik, hogy sajnos vannak olyan családok, akik hiába szeretnének változtatni életmódjukon, anyagi helyzetük ezt nem teszi lehetővé.

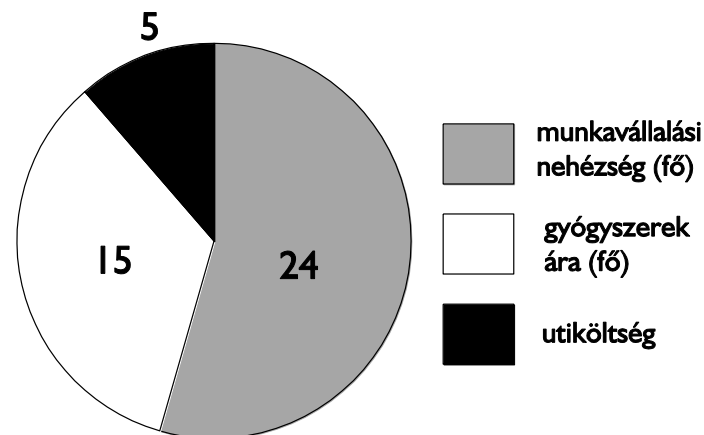
Az egyik legnagyobb nehézség az évtizedek alatt beidegződött rossz szokások, a dohányzás megváltoztatása. Még mindig dohányzott 24 fő, ami nem csak a légúti irritációhoz járul hozzá, de mindenképpen rossz szociális mintát közvetít a kamaszodó gyermeknek.

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire tudnak együtt élni gyermekük betegségével, és milyen gyakran használják a gyógyszereket?”, a válaszok nagy részéből kiderül, hogy elfogadják ezt az állapotot (“gyermekem nem tehet róla”). Ez mindenképpen a szülői tájékozottságot, felkészültséget mutatja, ami a gyermek számára is megkönnyíti a betegség feldolgozását.

A gyermek személyiségfejlődéséről a szülők az alábbiakban nyilatkoztak: a táborban szervezett foglalkozásokat egyaránt fontosnak tartják, még akkor is, ha a tevékenységek közül nem tudnak mindent otthonukban tovább folytatni. A fizikai aktivitásuk szemmel láthatóan jelentősen, pozitív irányba változott. Azért tartja fontosnak a szülő a tábort, mert itt egy kis közösség alakul ki. A gyermekek jól érzik magukat, később is szívesen jönnének vissza. A

szülő itt tud valójában teljesen felszabadulni, fellélegezni a mindennapi problémák súlya alól, hisz ha gyermekével bármi történik, a szakemberek a nap minden órájában segítségére sihetnek. Ez a tudat megkönnyíti a gondtalan kikapcsolódást.

A család anyagi megterhelésének visszajelzése alapján elmondhatjuk, gyermekük betegsége nagymértékben (negatívan) érinti anyagi helyzetüket. A 2. ábrából egyértelműen látható, hogy a gyermek betegsége olykor a munkavállalást is lehetetlenné teszi, a magas gyógyszerköltségek túlzott terhet rónak a családra, különösen akkor, ha a szülő közben kénytelen munkanélkülivé válni, és nem egyszer a gyógyításhoz, ellátáshoz szükséges utazási költség terhe megengedhetetlen a szülőknek.



2. ábra - A családot terhelő fő nehézségek megoszlása.

Következtetések

Az eddigi tapasztalatok arra utalnak, hogy az asztmás beteg gyermek életvitelét a családban lehet csak elképzelni, és úgy kell irányítani, hogy a betegségtől való félelmet minimálisra csökkentsük a gyermekben és szüleiben egyaránt. Arra kell törekednünk, hogy az asztmás és allergiás gyermekek szülei megismerjék e betegség okait, a megfelelő életmód helyes kialakítását, és ehhez szakmai segítséget kapjanak. Ily módon lehetővé válik, hogy a gyermekek a rohammentes időszakokban ugyanúgy éljenek, mint egészséges társaik.

Az allergiás-asztmás gyermekek gondozásakor törekedni kell arra, hogy a betegséggel kapcsolatosan lehetőleg adekvát ismeretei legyenek a családnak, a betegség megfelelő helyre kerüljön életükben, és legyenek eszközeik arra, hogy meg tudjanak birkózni minden problémával, amit a betegség felvet.

A gyógyulást vagy a betegség elviselését megkönnyíti a komplex támogatás, amely alapját a partneri orvos-beteg kapcsolat és a betegek önszorgó aktivitásának elősegítése képezi. A továbblépést a hatékonyabb és olcsóbb betegellátás felé a több szakma képviselőiből (szakorvos, pszichológus, gyógytornász, úszóedző, dietetikus, szociális szakember vagy szociálpedagógus) összeálló munkacsoportot támogató szakmai és egészségügyi rendszer, konkrétan a járó beteg ellátás ilyen módját lehetővé tévő egészségügyi finanszírozás jelentené. Ehhez elsősorban mi, a szakma képviselői tehetjük meg az első példaértékű lépéseket.

A krónikus beteg gyermekek érdekében a közoktatási, egészségügyi és szociális intézményrendszer hatékony együttműködésére van szükség. A szülőknek kiosztott kérdőíves adatok bizonyítják, hogy preventív gondozással megnövelhető a rohammentes időszakok száma, csökkenthető a gyógyszerelés, ami által kevesebb időt tölt a szülő táppénzes állományban, a gyermek kevesebb napot kórházban, szanatóriumban. Az írásban bemutatott

módszer egy a számos lehetőség közül, hogy a beteg gyermekeknek intézménymentes, teljes életet adjunk.

Irodalom

1. Anthony D. Milner: Az asztmás gyermek. Springer Hungarica Kiadó Kft. 1992.
2. Asztma kisokos. Tájékoztató gyerekeknek és szülőknek. Glaxo Gyógyszervállalat támogatásával. 1999.
3. Dr. Bártfai Zoltán: A rohamoldó és krónikus kezelés korszerű lehetőségei allergiás eredetű asztmában. Kórház, VI.évf. 1.szám. 1999.
4. Dr. Dési Illés: Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Budapest. 2001.
5. Dr. Dorsich Viktória: Allergiás betegségek, tünetek gyakorisága fiatal felnőtt és gyermekpopulációban. Védőnő VIII. évf., 5.szám, 1998.
6. Dr. Farkas Ildikó, Dr. Szánthó András: Allergia. Magyar Mezőgazdasági Kiadó Budapest, 1995.
7. Dr. Jády György, Badinszky Tamás, Lakis Judit, Izsák András, Hanczár Gábor: Kísérlet az asztmás gyermekek aktivitásának és közösségi szellemének fejlesztésére a nyári úszásterápia tábor keretén belül. Egészségnevelés, 39. 247-249. 1998.
8. Dr. Jády György, Dr. Szánthó András: Speciális egészségvédelmi és nevelési feladatok az asztmás gyermekek úszásterápiás programjában. Egészségnevelés 39. 128-130. 1998.
9. Dr. Jády György: A családterápia lehetőségei az asztmás gyermekek gyógyúszó programjában. Egészségnevelés, 37. 76-78. 1996.
10. Dr. Székely Lajos: Az egészségnevelés fogalma és helye a neveléstudományban. Egészségügyi Felvilágosítás. 6/50. 1965.
11. Egészségnevelés. Egészségkárosító szenvedélyek megelőzése a tanórán és a tanórán kívüli nevelésben. Flaccus Kiadó – Fürst Stúdió 1998.
12. Fodor L.: Bevezetés a pszichoszomatikába, in. Családsegítés, mentálhygiéné, módszertani füzetek I., Századvég Kft. Nyomdaüzeme, Budapest. 1989.
13. Glatz Ferenc: Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón életminőség. Magyar Tudományos Akadémia Budapest, 2001.
14. Horváthné Elekes Tünde: Allergiás, asztmás gyermek a családban; eszközök módok az otthoni betegellátás segítségére. Ápolásügy folyóirat. 11. évf. 2.sz. 6-8 old. 1998. (Elhangzott az Alapellátásban Dolgozók Országos Kongresszusán)
15. Miskovits G.: Tüdőgyógyászat, Medicina Budapest, 1982.
16. Monspart Sarolta: A testedzés szerepe az életminőség javításában, avagy a VIII. Primer Prevenációs Fórum posztere. Egészségnevelés, 42. 156-158. 2001.
17. Polgár Marianne: Allergia csecsemő- és gyermekkorban. Springer Hungarica Kiadó Kft. 1996.
18. Rónai Zoltán: Az asztma ma. Kossuth Kft. 1998.
19. Sallay Hedvig: Módszertani szöveggyűjtemény. Kossuth Egyetem Kiadó Debrecen, 1999.
20. Szemere Pál, Néhám Kristóf: Gyakorlati allergológia. Springer Hungarica Kiadó Kft. 1996.
21. Tanulmányok a gyermekjólét köréből III. Hajdúböszörmény, Óvóképző Főiskola, 1994.
22. Temesvári Erzsébet, Dr. Roffai Irén: Amit az allergiáról tudni kell. Magyar nők Országos Tanácsa. Kossuth Könyvkiadó, 1987.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Pszichiátriai betegek társadalmi megítélése

Mózsik Zsuzsanna

ápoló

Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Számos irodalmi forrást olvasva nem lehet más következtetésre jutni, minthogy a pszichiátriai betegek társadalmi megítélése évtizedek alatt semmit sem változott. Mindenkinek joga van idegesen viselkedni, ez a gyógyult elmebetegnek nem adatik meg. A legkisebb eltérés esetén máris azt gondolják róla, hogy megint a betegség jelentkezik nála. Aki pszichiátriai segítségre vagy kezelésre szorult már életében, azt a társadalom megbélyegezi. Titkolnia kell, különben munkát sem tud vállalni terhes múltjával.

A pszichiátriai betegek hátrányos megkülönböztetését egyik nőbetegünk is megerősítette. Elmondása szerint, ha munkát keres, semmiképpen nem említi meg kezelt betegségét, mert ez biztos elutasítást jelent. Sőt, még lakóhelyén is titkolja, hogy hol kezelik, mert ha felvállalná, a biztos kiközösítés sorsára jutna. Ezzel a véleménnyel több betegünk is határozottan egyetértett.

A pszichiátriai betegek negatív élményeit más betegtársak is tovább erősítik, kilépve a kórház udvarára más osztályokon fekvő betegektől hallják, hogy „...itt vannak a bolondok, megint kiengedték őket”. Ez az előítélet a beteg szűkebb környezetében is megnyilvánul, nagyon sok hozzátartozó igyekszik, úgymond, „megszabadulni” beteg családtagjától, mihamarabb szociális otthonba juttatni.

A visszailleszkedés lehetőségeit olykor a családtagok akadályozzák meg. Egy megrázó levélben egyik betegünk édesanyja írt levelet a fiát kezelő pszichológusnak, amelyben lemondott fiáról, kérte, hogy ne otthonába engedjék haza, mert fogadni sem hajlandó. Nyilvánvalóan a társadalmi megítélés sem lehet kedvezőbb, ha a családtagok és közvetlen hozzátartozók példája is elutasító.

Hollós István „Búcsúm a Sárga háztól” című könyvében arról ír, hogy nem beteg egyének is tagjai ezeknek az intézményeknek. Abban az esetben, ha ezek az egyének visszakerülnek a társadalomba, a társadalom nyomban kideríti róluk, hogy elmebetegek. A pszichiátriai intézmény sok embernek ad lelki mankót, arra támaszkodva a beteg rendben érzi magát. Dolgozik, elhagyja az intézményt, sőt elbocsátható is lenne, ha a falakon túl támogatásban részesülne, de nem részesül. A társadalom maga az, amely az ilyen erkölcsi mankóra szoruló embereket kíméletlenül elgáncsolja. Pedig az elme megbetegedése olyan elemi katasztrófa, amely mindnyájunkat érhet, sokszor eredményesen kezelhető, a társadalmi álláspont jobbra mégis az, hogy alaposan el kell zárni ezeket az embereket. Kevesen vesszük tudomásul, hogy micsoda veszteség érhetne volna társadalmunkat, ha nem születik meg József Attila, Gruber Béla, Csontváry Kosztká Tivadar. Napjainkban is születnek ilyen nagyságok, de a társadalom igyekszik elhatárolni magát, veszélyesnek gondolva őket nemkívánatos személyek lesznek. Előítéleteinkkel rengeteg alkotó energiát készletünk kárhozatra, a társadalmi hasznosság és a beilleszkedés lehetőségét vonjuk meg a stigmákkal.

Hollós István írja, hogy az elmebeteg csak akkor szabadul föl, ha az egészséges a maga zsarnokától fog megszabadulni. Az egészséges ember „zsarnoka” az előítélet, a másság tagadása. Hiányzik belőlünk a tolerancia, az empátia, a másság elfogadása. Amíg ezek a tulajdonságok nem kerülnek bennünk felszínre, addig az elmebetegek és a társadalmi konvenciókkal ellentétes személyek mindig kirekesztettek lesznek.

Mi ápolók, akik betegeink befogadásáért is felelősek vagyunk, sokat tehetünk azért, hogy József Attila egykori érzéseit a jelen társadalmában megváltoztassuk: „Ha azt akarom, hogy

szeressenek, mindezt el kell titkolnom, de akkor már nem szeretnek, mert tudom, hogy azt szeretik, akinek mutatom magamat és nem engemet.”

[Vissza a tartalomhoz](#)

Hajléktalanok a pszichiátrián

Bíró Antal

pszichiátriai és mentálhigiénés ápoló
Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

A hajléktalanság napjaink egyik gyakori, sajnos egyre gyakoribb problémája, amellyel szinte mindenhol találkozhatunk. A 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról úgy fogalmaz a negyedik paragrafus második és harmadik pontjában, hogy „hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalanszállás, illetve hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti”.

Miért lesz egy ember hajléktalan?

A hajléktalanság okait keresve négy csoportot különíthetünk el. Az első csoportba a rendszerváltás után történt gazdasági struktúra átalakításának áldozatai tartoznak. A veszteséges vállalatok felszámolása következtében először az alacsonyabb végzettségű, érdekeit gyengébben érvényesítő munkásréteg került az utcára. Nem csak a munkahelyük szűnt meg, mivel a vállalatok felszámolásakor megszüntették a hozzájuk tartozó munkásszállókat is.

A második csoport az általános elszegényedés miatt utcára került embereké. Jövedelmük elértéktelenedett, elérhetetlen cél számukra, hogy lakást vásároljanak vagy építsenek. Több százezer ember él ma is a létminimum alatt.

A harmadik csoport a kedvezőtlen társadalmi folyamatok elszenvedője. Magyarországon folyamatosan növekszik a válások száma, a lakások megosztásának megoldhatatlansága miatt az egyik fél lakhatása bizonytalanná válik.

A negyedik csoport a hiányos és túlterhelt intézményrendszer miatt jut erre a sorsra. Az állami gondozásból kikerült fiatalok, akik támasz nélkül maradván nem tudják megállni a helyüket az intézetek kívül, éppúgy megtalálhatók az utcán, mint a szociális otthoni elhelyezésre váró idős emberek. A hajléktalan-ellátásban találjuk azokat az elmebetegeket is, akik az elmeszociális otthonok telítődöttsége és a pszichiátriai osztályok ágyszámának leépítése miatt az utcára kerültek.

Ha már az utcára került...

A hajléktalanok nemcsak otthonukat, emberi kapcsolataikat, munkájukat, önbecsülésüket és megbecsültségüket veszítették el, hanem egészségüket is. Két különösen érintett terület az alkoholizmus és a lelki problémák.

Nézzük először a lelki okokat. Gondoljunk arra a teherre, amit a válás, a munkahely elvesztése és más bajok után „létrejött” hajléktalan amiatt érez, hogy naponként éli át: ő nem kell senkinek. Nem kellett talán születésekor a szüleinek, nem kell szakképzetlen munkaereje, nem kell egy másik embernek (a hajléktalanok többsége nehezen köt házasságot, még kevésbé új házasságot), nem kell a társadalomnak, szüntelenül hallja a pusztító létével kapcsolatos rosszindulatú kritikákat, a dologkerülésről, a kártékonyságáról szóló megjegyzéseket. Csoda-e, ha szorong, ha depresszióval küzd, ha nem látja értelmét a folytatásnak?

Erre a helyzetre biztosan rossz reakció az alkoholfogyasztás, amely az élet értelmetlenségének feldolgozásához nyújt megtévesztő segítséget, s ad a hidegben - a téves néphit szerint - csalóka melegséget. A hajléktalanok sajátos helyzetéből adódik, hogy sok alkoholt fogyasztanak, már csak azért is, mert nincs értelme pénz, tárgyakat gyűjtögetniük, úgyszintsem hová elhelyezni azokat. Így ami jövedelemre szert tesznek, élelemre, sekélyes élvezetet nyújtó játékgépezésre, de leginkább alkohol vásárlására fordítják.

A hajléktalanok nyolcvan-kilencven százaléka alkoholista, vagy legalábbis igen sok szeszes italt fogyaszt. Ritkább a drogfüggőség, habár, különösen a fiatalok körében elég gyakran tapasztalható az úgynevezett szipuzás: ragasztó és hígító belélegzése. Ugyancsak ide tartozik, hogy a hajléktalanok döntő többsége erős dohányos is.

Az életforma következménye sokféle - májjal, keringéssel, légzőszervekkel, idegekkel kapcsolatos - betegség. Gyakori a lábszárfekély, ami a hajléktalanok életformájából, tisztálkodási szokásaiból adódóan könnyen felülfertőződik.

A hajléktalanok táplálkozása is hiányos. A hajléktalanok számára elérhető ingyenkonyhák ételeinek kalóriatartalma a szükséglet harminc-negyven százalékát fedezi. A hiányos és rendszertelen táplálkozás, emésztési és bélműködési panaszokkal is jár. Gyakori a hasmenés, a véres széklet, amit még elviselhetetlenebbé tesz, hogy szükségüket csak a szabadban, vagy este a hajléktalanszállón végezhetik el.

Ha megbetegszik...

A hajléktalan emberek időszakos orvosi ellenőrzésekre, szűrésekre nem járnak. Betegségük csak akkor derül ki, amikor már kisebb gyógyulási eséllyel, hosszabb ápolási időt igényelnek. Azok a hajléktalanok sem tudnak hova fordulni, akik gyógyíttatni szeretnék magukat; vagy mert nem rendelkeznek a társadalombiztosítási igazolvánnyal, vagy mert állapotuk, küllemük miatt egy szakrendelő sem látja őket szívesen. Közterületről beszállított hajléktalan emberek fekvőbeteg ellátására a feltalálási hely szerinti kórház az illetékes. Leggyakoribb a pszichiátriai osztályra történő beszállítás, az esetek majdnem felében, közel ilyen gyakori a sebészeti és belgyógyászati ellátást igénylő beteg.

A kórházban...

Már a felvétel is körülményes, mert sajnos gyakran akadályozza a gyógyító munkát az a feltevés, hogy a betegnek elsősorban szociális okok, s nem egészségi állapota miatt van szüksége a kórházi ellátásra. Ezen túllépve a leromlott állapotú, elhanyagolt külsejű beteget visszataszító kinézete és szaga miatt nem tudják kielégítően kivizsgálni, pontos diagnózist felállítani. Mindenképpen fürdetéssel és a gyakran előforduló tetvek, bolhák kiirtásával, fertőtlenítéssel kell elkezdni a hajléktalan felvételét. A kórház házirendjének betartatása is problémát okozhat: másképp jár a biológiai órája, megszokta utcai életformájában, hogy éjszaka felkel, ott helyben elszív egy szál cigit, zörög a szatyraival, netán a magántulajdon kérdéséhez is eltérő módon viszonyul, egyszóval a hajléktalan betegeket igen hamar elbocsátják deviáns magatartásuk miatt. Nehezíti a kórházi kezelést az is, hogy nem mindig részesül a kellő figyelemben a beteg, így nem a megfelelő helyen van kezelve. Így fordulhat elő, hogy testi panaszokkal kezelik azt a beteget, akinek valójában krízisintervencióra lenne szüksége.

Gyógyultan...?

Teljesen gyógyultan elbocsátott hajléktalanról sajnos nem beszélhetünk. Leginkább azért, mert a legyengült szervezetű otthontalan beteg felépüléséhez mindig több idő kell, mint amennyi az átlag. Az előítéletek miatt két elbocsátható beteg közül mindig a hajléktalant engedik el először. A kórházból elbocsátott hajléktalannak nem áll rendelkezésére biztonságot nyújtó lakás, rendszeres étkezés, segítő szándékú családtag vagy ismerős. A lábadozó

időszakot már az utcán kénytelen tölteni a hajléktalanok többsége, ami megakadályozza a tökéletes gyógyulásban.

Bizonyos, hogy ma Magyarországon a hajléktalanok kilencvenöt százaléka gyűlöli a körbe-körbebolyongást, a felülről hulló kenyeret. Ha rajta múlna, nem kívánná tovább vonszolni a szatyrot, nem akarná a tisztiorvosi szolgálat fürdőjében bogártalaníttatni szőrzetét, étrendjét a kukából kiegészíteni, szerelmi életét vagy testi szükségletét az utcán lebonyolítani, mint a kóbor kutya, maga után semmivel össze nem hasonlítható bűzfelhőt húzni, és naponta hallani, hogy csak teher a társadalom számára.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Ünnepi beszéd

a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
diplomaosztó ünnepségén
(2003. február 22.)

Dr. Illei György

A felsőoktatási tanulmányok sikeres befejezését bizonyító diplomaosztás jelentős esemény mind a diplomát átvevő hallgatók, mind az átadó felsőoktatási intézmény számára. A diploma átvételével az Önök életében új szakasz kezdődik, a mai nappal a társadalmi munkamegosztás hierarchiájának magasabb osztályába lépnek. Ez a nap az Önök számára a jogos öröm, elégedettség és büszkeség napja, több év munkájának gyümölcse ért be a mai napon. Az elmúlt évek a nappali tagozaton tanulók számára nem csak a tanulás fáradtságos munkáját és a sikeres vizsgák örömet jelentették, de időt és teret adtak a közös szórakozás, kultúrálódás, testedzés és pihenés számára is. A levelező képzésben résztvevők tanulmányaikat napi kimerítő munkájuk, családi kötelezettségeik teljesítése, gyakran fásasztó utazások és az otthonról való kényszerű távollétek mellett végezték. Teljesítményük ezért külön tiszteletet és elismerést, családjuk számára külön köszönetet érdemel. A képzési formától függetlenül azonban valamennyien egységesek voltak abban, hogy lelkiismeretesen felkészültek választott hivatásuk teljesítésére és erre alkalmasságukat is bizonyították. Kérem, fogadják ez alkalomból tanáraik, oktatóik, a kar vezetőinek és minden munkatársának őszinte gratulációját és szerencse kívánatait. Kívánjuk, hogy az elkövetkező időben hivatásukat jó egészségben és eredményesen műveljék embertársaik érdekében és javára. Külön köszönjük szüleik és családjuk támogatását, szeretetét, mert enélkül nem élhetnénk meg ezeket a percek. Együttal nekik is gratulálunk, hiszen gyermekeik sikere az ő sikerük is.

Az Egészségügyi Főiskolai Kar számára a mai nap azért emelkedik ki a diploma átadások közel egy évtizedes sorából, mert egyidőben adhatjuk át a hagyományos főiskolai képzési szakok mellett két legfiatalabb szakunkon végzett hallgatóinknak is az *egyetemi okleveles ápolói diplomát* és az egészségfejlesztő mentálhygiénés szakon a felsőfokú szakképzettséget bizonyító dokumentumot.

A főiskolai szakok Karunk hagyományos szakai, évtizedes hagyománnyal rendelkeznek. Az egyetemi szakon és a szakirányú továbbképzési szakon azonban csak második alkalommal kerül sor diplomák átadására.

Joggal merülhet fel a kérdés, miért végez Főiskolai Karunk egyetemi szintű képzést és azt miért az ápoló szakon? Ennek megválaszolásához szükséges néhány általános megjegyzés

megtétele, annál is inkább, mert az egyetemi ápolóképzést jogos reményeink szerint hamarosan a védőnő, fizioterapeuta, humán táplálkozástudományi és képalkotó diagnosztika szakon is követi az egyetemi szintű képzés és ezzel a jelenlegi főiskolai kar magasabb osztályba léphet, egyetemi karrá alakulhat át. Az ehhez vezető úton is a legnehezebb az első lépés megtétele volt, ennek során kellett leküzdeni a várható átalakulás útjába került objektív és szubjektív akadályokat.

Amikor 1995-ben Buda József professzorral, a Kar akkori főigazgatójával és dr. Csontos Andrással, az OM Felsőoktatási főosztályának akkori vezetőjével komoly formában számba vettük az egyetemi ápolóképzés hazai megvalósítása mellett szóló érveket, egyikünk sem volt biztos abban, hogy ezen a szakon a képzés 5 évvel később valósággá válik. Melyek voltak érveink és indokaink?

Mindenek előtt az a változás, ami az ápolásban a világ fejlett részén a XX. században, különösen annak utolsó harmadában végbement. Az ápoló a betegek ellátásában az orvos legközvetlenebb segítője, ő tölti el a legtöbb időt a betegekkel, munkája meghatározó része a betegellátás minőségének, mégis hosszú időn keresztül alacsony képzési szintje miatt az ápolás csak az orvosi utasítások végrehajtására korlátozódott. A világ számos országában azonban - főként a század második felében - kiemelkedett ebből a szerepkörből, megtalálta a saját filozófiáját, ápolási elméletek és modellek születtek, egyértelművé vált, hogy az ápolásnak saját szabályai, cselekvési feladatai és módjai vannak. Világossá vált, hogy az ápolás holisztikus tevékenység, nem csak testi, de lelki szükségleteket is kielégít. Az ápolásnak nem csak a beteg emberek számára kell segítséget és gondozást nyújtani, de legalább ennyire fontos feladata a teljes népesség egészségének megőrzésében és fejlesztésében történő felkészült, tudatos és szervezett részvétel és különleges feladata, amikor annak ideje elérkezik, a békés halálba kísérés.

A világ meghatározó részén létrejöttek az ápolói szervezetek, ezek nemzetközi fórumai. Az ápolók képzését egyre magasabb szintre emelték, az EVSZ és az EU előírta a képzés minimumát, és ösztönözte főiskolai, majd egyetemi szintre emelését, gyors fejlődésnek indult és jelentős eredményeket ért el az ápoláskutatás. Az ápolás önálló hivatássá vált, számos országban az ápolók autonómiáját rögzítő törvények születtek, az ápolóképzés irányítása is az autonóm ápolói szervezetek jogkörébe került. Ezek Etikai Kódexeket alkottak, melyek előírásainak betartását szigorúan ellenőrizték. Mindezek eredményeként az ápolás hivatássá fejlődött, az orvosi és az egészségügyben jelentős szerepet betöltő egyéb hivatásokkal partneri kapcsolatba került, társadalmi presztízse jelentősen megnőtt.

Hazánkban már a 90-es évek elején megindult a felzárkózás az ápolás hivatássá fejlesztése érdekében: megvalósult az európai normákat teljesítő 3 éves emelt szintű ápolói szakképzés, a 4 éves főiskolai diplomás ápolóképzés, az Egészségügyi törvény megfogalmazta az ápolás fogalmát és feladatait, a Magyar Ápolási Egyesület létrehozta a hazai Etikai Kódexet, ígéret hangzott el az ápolókat is magában foglaló köztestület, a Kamara létrehozására. Mindezek mellett azonban több feltétel ekkor még nem teljesült:

A Felsőoktatási Törvény megkívánja, hogy a főiskolai oktatók egyetemi végzettségűek legyenek. A főiskolai ápolóképzés oktatói számára hosszú távon a *szakirányú* egyetemi végzettség és az ezt követően megszerzett gyakorlat jogosan megkívánható, ezért indokolt ennek az igénynek a kielégítésére az ápolóképzés egyetemi szintre emelése.

Jogos kívánalom, hogy az *ápolóképzés felső szintű vezetői* az ápolók soraiból kerüljenek ki. E cél elérése érdekében biztosítani kell az ápolók számára a tudományos kutatás és a tudományos fokozat megszerzésének lehetőségét, aminek alapfeltétele az egyetemi végzettség.

Kívánatos, hogy az egészségügyi ellátás tervezésében és irányításában tevékenykedő, felelős beosztású ápolásvezetők szakirányú egyetemi végzettséggel rendelkezzenek.

Ahhoz, hogy az ápolói hivatás az orvosi hivatással hazánkban is partneri kapcsolatba kerüljön, változásnak kell bekövetkeznie az egészségügy jelenleg még élő hierarchiájában. A korábbi évtizedek tapasztalatai azt mutatták, hogy a már régebben főiskolai képzéshez kötött egészségügyi hivatások művelőinek (védőnők, diétetikusok, gyógytornászok) a hierarchia csúcsán álló orvosok részéről megkülönböztetett elbánásban volt részük, az egyetemi végzettségüket pedig egyenjogúnak tekintették, hiszen végzettségük az orvosokéval analóg társadalmi elismertséget jelentett. Ez a befogadó viszonyulás nem mutatkozott meg az alsó vagy középszinten képződött ápolók felé.

Ennek a hierarchikus magatartásnak történelmi okai vannak. Az orvosegyetemek Európában a XIII. században, hazánkban a XVIII. században jelentek meg, röviddel ezután kialakult az egymás fölé rendelt rangok szigorúan megállapított és betartott sora, az ilyen fokozatokra épített társadalmi és foglalkoztatási rendszer. Ezt az elrendezést stabilizálta a hierarchia csúcsán álló egyetemi végzettségű orvosok társadalmi presztizsének különösen a XIX.-XX. századi emelkedése, míg az ápolók alacsony vagy hiányos képzettsége és végzettsége miatt társadalmi presztizsük az alacsony szintről nem vagy alig mozdult el. Ez az elrendeződés lényegében az elmúlt száz év során sem változott. Ahhoz, hogy az ápolás az orvosi hivatás *partnerévé* válhasson, az alá-fölérendeltségi viszonyt a csoportos munkakultúrának kell felváltania, a hangsúlyt a csoportos munkavégzésre helyezve, aminek feltétele, hogy az orvosok megbízhassanak az ápolók megbízható tudáson alapuló alkalmasságában, aminek feltétele a magas szintű képzés és vele együtt az ápolók társadalmi presztizsének növekedése. Az emelt szintű szakképzés és főiskolai képzés mellett szükséges tehát egy olyan fokozat beillesztése is az ápolóképzés szintjei közé, mely már nem különbözik jelentősen az értelmiségi elitképzések többségétől. Ez az egyetemi képzés, mely jelentősen növeli az ápolás egészségének társadalmi tekintélyét, és alapját képezheti az ápolók teljes jogú partneri együttműködésének.

Az ápolást a jövőben is eltérő végzettségű és képzettségű ápolók végzik és emiatt bizonyos fokú hierarchiának az ápoláson belül is helye van. Artur Koestler szerint a hierarchiák úgy is felfoghatók, mint „függőlegesen”, felülről-lefelé elágazó struktúrák, melynek ágai minden elágazási szinten más hierarchiák ágaival keverednek és szövődnek, így „vízszintes” oldalirányú rendszereket hozva létre. Ez az arborizáció és retikularizáció nem csak az élő szervezeteknek, de a társadalomnak is alapvetően fontos szerkezeti eleme. Remélhető, hogy az egyetemi okleveles ápolók felkészültségükkel, felelősségvállaló tudatos, innovatív, magas szintű munkájukkal, együttes akarásukkal és együttműködésükkel eléri, hogy az ápolás autonóm és integratív hivatássá fejlődjön s létrejöjjön az egészségügyi hierarchikus rendszerben az az egyensúly, ami a rész és egész viszonyát jelenti – az egész ebben az összefüggésben az adott részt a következő szintről vezérlő központra vonatkozik. Ha az egész a részei felett olyan uralmat gyakorol, ami eltörli a részek individualitását és autonómiáját, ez – Koestler szerint - visszaveti az integratív tendenciát a magas rendű szociális integrációtól az azonosulás primitív formáihoz. Elképzeléseink szerint ezért is kell más, meghatározó egészségügyi szakterületeken (diétetikus, gyógytornász, védőnő) hasonló változásoknak végbemenniük, s ennek érdekében kezdeményeztük ezeken a területeken is az egyetemi képzés bevezetését.

Kedves egyetemi okleveles ápoló Kolléganők és Kollégák!

Vegyék figyelembe, hogy ma még az egészségügy működtetőinek és még kevésbé az egészségügy egyéb szereplőinek körében nem tudatosodott egyértelműen, hogyan hasznosítható leghatékonyabban az Önök felkészültsége, mely az ápolás felsőfokú ismeretein túl kiterjed az ápolásoktatás, ápoláskutatás, ápolásirányítás és az egészségfejlesztés ismereteire is. Munkájukkal kell bizonyítaniuk, mire képesek, maguknak kell kivívniuk helyüket az egészségügy rendszerében, maguknak kell az elismertetésért harcolni s ebben a

harcban szövetségesekre találni. Nagy a felelősségük. Ha itt csatát vesztenek, minden, amiért ez a képzés létrejött, csak késedelmesen valósulhat meg. De az is tény, hogy az Önök elfogadásában, a rendszerbe illesztésükben, kibontakozásuk segítségével minden szintű egészségügyi vezető felelőséggel tartozik.

Nyilvánvaló, hogy ezeknek a változásoknak a bekövetkezéséhez türelemre és időre van szükség. „Gutta cavat lapidem, non ví, sed saepe cadendo” azaz a vízcsepp kivájja a követ, nem erővel, hanem gyakori esésével (Choirilas írta a Perseusban 470 körül). Mindez azonban nem elég. Határozottságra is szükség van. „Fortes, fortuna adiuvat”, a szerencse a bátrakat segíti. A célok elérése érdekében tehát, ha kell, bátran kockáztatni is kell. És ne feledjék: Egységben az erő. A megosztottság a kudarc biztos záloga.

Kertész Imre szerint „Valamennyien zárandokok vagyunk és egy hajóban evezünk. Némely zárandoknak azonban jobb térkép van a kezében.” Őszintén remélem, hogy az Önök kezébe sikerült jó térképet adni. Keller szerint „Az oktatás legnagyobb eredménye a tolerancia”. Ha végigmennék a fenti úton, ne feledjék ezt a mondást, de azt sem, hogy a tolerancia nem jelent önfeladást.

Tisztelt Kolléganők, Kollégák!

A Nobel díjas Kertész szavait aktualizálva, Önöknek vannak kötelezettségeik és feladataik. Legfontosabb feladatuk, hogy kötelezettségeik legyenek. A cél világos, teljesítsék kötelezettségeiket azzal a felelőséggel, amit a képzés elvégzésével vállaltak, s amit a mai naptól viselniük is kell. Kívánok valamennyiüknek jó egészséget, türelmes, de kitartó és hatékony munkát, ehhez jó hangulatot, munkájukban sok örömet, sok sikert és egyéni életükben sok boldogságot.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A diplomaosztás ürügyén....

*A Nővér folyóirat Szerkesztő Bizottsága és olvasótábora nevében
szeretettel gratulálunk azoknak a kolléganőknek és kollégáknak,
akik februárban vehették át az egyetemi tanulmányaikat lezáró oklevelet.
Kívánunk nekik sok sikert és a jól végzett munka örömét szakmai pályájukon,
magánéletükben boldogságot és főként jó egészséget.*

Örömmel olvastam Illei professzor úr támogató gondolatait az egyetemi okleveles ápolók jövőképeivel kapcsolatban. A szöveg egészéhez egyetlen kiegészítést szeretnék tenni, amely az alábbiakban idézett részletre vonatkozik:

„Vegyük figyelembe, hogy ma még az egészségügy működtetőinek és még kevésbé az egészségügy egyéb szereplőinek körében nem tudatosodott egyértelműen, hogyan hasznosítható leghatékonyabban az Önök felkészültsége, mely az ápolás felsőfokú ismeretein túl kiterjed az ápolásoktatás, ápoláskutatás, ápolásirányítás és az egészségfejlesztés ismereteire is. Munkájukkal kell bizonyítaniuk, mire képesek, maguknak kell kivívniuk helyüket az egészségügy rendszerében, maguknak kell az elismertetésért harcolni s ebben a harcban szövetségesekre találni. Nagy a felelősségük. Ha itt csatát vesztenek, minden, amiért ez a képzés létrejött, csak késedelmesen valósulhat meg. De az is tény, hogy az Önök elfogadásában, a rendszerbe illesztésükben, kibontakozásuk segítségével minden szintű egészségügyi vezető felelőséggel tartozik.”

A hangsúly sokkal inkább az idézett bekezdés utolsó mondatán van. Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) igazgatója az elmúlt év végén mutatta be a szakmai közönség részére – a magyar nyelven, a Nővér gondozásában is megjelenő – az ápolás és szülésznőség fejlesztésének stratégiai irányait meghatározó dokumentumot. Ez a dokumentum kiemelt hangsúlyt helyez a kormányzatok irányító és vezető szerepére, különös tekintettel a koordináció területén. A dokumentum is elismeri, hogy az egészségügy humán-erőforrás utánpótlásának biztosítása egyre súlyosabb gondot okoz az egyes országoknak, amelyek lehetséges megoldásához az egészségügyi, az oktatási és a munkaügyi tárcák között minden eddiginél szorosabb koordinációra van szükség. Ennek a koordinációnak része annak korai eldöntése is, hogy az újonnan képzett szakembereknek milyen társadalmi igényt kell kielégíteniük, milyen tartalmi (képzési) elemekre van szükség ahhoz, hogy a megfelelő készségek rendelkezésükre álljanak, és milyen *szakmai, szervezeti feltételeket kell megteremteni* ahhoz, hogy társadalmi hasznosságuk maximálisan kiaknázható legyen. Az EVSZ dokumentum arra is felhívja a figyelmet, hogy csak a tudatos és összehangolt kormányzati tervezés és előkészítés vezethet el optimális munkaerő menedzsmenthez, amelyben kritikusan hangsúlyt kap a képzettségi-készség arányok (skill mix) egyensúlyának biztosítása. A dokumentum rámutat, hogy a kormányzatok gyakran nem vállalják fel a vezető szerepkör betöltését, nem biztosítják a megfelelő és egyértelmű szabályozókat ahhoz, hogy egyes szakmai csoportok kompetenciájukkal arányos tevékenységet folytathassanak. Mindezek nem ritka következménye a pazarló humán-erőforrás gazdálkodás, a szakemberek képességeinek nem megfelelő munkakör és tevékenység ellátása. Az ilyen gazdálkodás pedig jelentősen gyengíti az egészségügyi rendszer egészének teljesítő képességét, csökkenti a hatékony, minőségi betegellátás esélyeit.

A diplomás ápoló képzés és annak befogadtatása elegendő tapasztalattal kell szolgáljon ahhoz, hogy az okleveles egyetemi ápolók esetében már ugyanazokat a hibákat ne kövessük el. A diplomás ápolók esetében is a végzős hallgatók generációira hárítottuk át a helykeresés felelősségét, az eredmény bizonyos tekintetben még ma is megosztja a szakmát és a társadalmat. A biztonságos és minőségi betegellátás érdekében minden egyes ápolónak igen sok egyéni küzdelmet kell nap mint nap megvívnia. Segítsük őket azzal, hogy legalább a létezésükért ne kelljen.

A szerkesztő

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az ápolók küzdenek az AIDS stigmája ellen, gondoznak minden rászorulót

2003. május 12.

Kedves Kollégák!

Önök közül sokan nap, mint nap szembesülnek a HIV/AIDS világméretű járványának szörnyű valóságával. Mindennapi munkájuk részeként gondozzák az áldozatokat és küzdenek azért, hogy megőrizték erejüket a nagy nehézséggel szemben is. Tisztelgünk az Önök bátorsága, szakértelme és együttérzése előtt.

A HIV-járvány szörnyű terhet ró emberek millióira, családokra és közösségekre világszerte. A szenvedés enyhítéséhez fejlettebb egészségügyre, a gyógyításhoz való jobb hozzáférésre, sokkal erőteljesebb megelőzési tevékenységre, eredményesebb társadalmi eléricsi

programokra és támogatásra van szükség, elsősorban a leghátrányosabb helyzetben lévők, különösen pedig az árvák számára.

A stigma (megbélyegzés) és a diszkrimináció azonban feltartóztatja a HIV/AIDS elleni menetelést. Ezek a titkolózás, a hallgatás, a tudatlanság, a szemrehányás, a szégyen és az igazságtalan bánásmód kultúrájának létrehozásával szítják a HIV/AIDS-járványt. A megbélyegzés megakadályozza azt, hogy a közösségek a HIV/AIDS ellen a megfelelő egészségügyi ellátás fegyverét fordítsák, vagy célravezető jogi és oktatási stratégiákat alkalmazzanak. A HIV-vel szembeni előítéletek akadályozzák meg ebben őket. A HIV-vel szembeni előítéletnek pedig csak az vethet véget, ha nyíltan beszélünk a tényekről.

Néhány AIDS-ben szenvedő embertől megtagadnak alapvető emberi jogokat, például a táplálékhoz és a hajlékhoz való jogot, és elbocsátják őket azokból az állásokból, amelyeket tökéletesen képes lennének betölteni. Esetleg kiközösíti őket közösségük, vagy ami mindennél tragikusabb, saját családjuk.

A megbélyegzéstől való félelem hallgatáshoz vezet, és amikor az AIDS elleni küzdelemről van szó, a hallgatás egyenlő a halállal. Elnyomja az AIDS-szel kapcsolatos nyílt ismeretátadást és elrettenti az embereket attól, hogy megtudják, fertőzöttek-e. A hallgatás okozhatja azt is, hogy emberek – legyen szó akár gyermekét szoptató anyáról vagy a HIV-állapotát feltárni vonakodó szexuális partnerről – inkább kockáztatják a HIV-fertőzés átvitelét, nehogy a fertőzés gyanújának akár csak az árnyéka vetüljön rájuk.

De bármilyen törvényeket és szabályokat léptetnek is életbe, a stigma és a hallgatás ellen a leghathatósabb fegyvert a világ népeinek hangja jelenti, akik az AIDS-szel kapcsolatban szót emelnek. Az ápolók azzal, hogy folytatják küzdelmüket az AIDS stigmája ellen és gondoznak minden rászoruló, úttörők lesznek a stigma és a hallgatás falának lebontásában. Reméljük, hogy a tájékoztatás, a stratégiák és az eszközök, amelyeket az idei Ápolók Nemzetközi Napja anyagai között találnak, segíteni fogják Önöket a HIV/AIDS kegyetlensége és emiatt az áldozatokat sújtó stigma elleni küzdelmükben.

Üdvözlettel:

Christine Hancock
elnök

Judith A Oulton
igazgató

[Vissza a tartalomhoz](#)

Hazánk első főápolónőjére emlékezve

Samuné Rák Erzsébet vezető ápoló
ÁNTSZ Csongrád Megyei Intézete

Május 12. - Florence Nightingale születésnapja, ezen a napon emlékeznek meg a világon az ápolásról, ápolókról. Nincs ünnep, köszöntő, amelyen Florence Nightingale és Kossuth Zsuzsanna neve el ne hangozna. Ők a XIX. század első negyedének szülöttei, számos közös vonás kapcsolta egybe életpályájukat. Mindketten szívvel-lélekkel vállalták a háborús sebesültek gondozását, az ápolás humanitárius eszméjének képviselőit. De míg Florence Nightingale nevét hazájában mindenki, és szerte a világon sokan ismerik, addig Kossuth

Zsuzsannáról meglepően kevesen és keveset tudnak. Kossuth Zsuzsanna a krími háború kezdete előtt sokkal nehezebb körülmények között végezte áldozatos munkáját, neve mégis csaknem feledésbe merült. Az ünnep Magyarország első főápolónőjére emlékezve lehet csak teljes.

Magyarország első főápolónője 1817. február 17-én Sátoraljaújhelyen született, a család ötödik gyermekeként. Az első és egyetlen fiúgyermek a családban Kossuth Lajos, akinek Kossuth Zsuzsanna legkedvesebb húga, bizalmasa. Rokon lelkek, szinte elválaszthatatlanok egymástól. Zsuzsanna, aki maga is igen éleslátású, tanulékony, intelligens, logikus gondolkodású, sok mindenben segíti bátyját, és rengeteget tanul tőle. Pl.: az 1831-es kolerajárvány idején bátyja segítőtársa, aki a felvidéki kolerajárvány biztosa ekkor -, együtt intézik a vesztegzárban lévő betegek és koleragyanúsak ügyeit.

Kossuth Zsuzsanna életének első, igazán nagy sorsfordulója házasságkötése Meszlényi Rudolfal, aki bátyja feltétlen híve, s akinek nővérét, Meszlényi Terézt ugyanebben az esztendőben, 1841-ben Kossuth Lajos veszi feleségül. Zsuzsanna és férje Sárbogárdra költöznek. Boldog, kiegyensúlyozott házasságban élnek. Három gyermekük születik. A harmadik gyermek megszületését szörnyű tragédia előzi meg, Zsuzsanna elveszíti a férjét.

Zsuzsannát mély gyászából a történelmi események rázzák fel, a hazaszeretete, a tettvégya, s az a szinte egész életútját meghatározó törekvése, hogy bátyjának segítőtársa legyen. Önfeláldozó tevékenységre, hivatásra, a betegek ápolására vállalkozik, a szabadságharc idején. Felismerte, hogy nincs elég ápolónő az országban, az egészségügyi ellátás katasztrofális, a kórházak felszerelése hiányos és számuk kevés. Bátyja - kormányzóvá választása után 2 nappal – kinevezi őt a magyar honvéd csapatok országos főápolónőjévé, hűgát levélben értesíti erről:

„Nővérem ezennel az összes táborig kórházak főápolónőjévé kinevezlek, adván és engedvén hatalmat az álladalom költségén két segédápolónőt az úgynevezett irgalmas nővérek köréből magad mellé vehetni, kiknek a közreműködésével mindazon intézkedéseknél, miket a kórházakban – az orvosi segedelmén kívül – a betegek ápolására nézve hasznosnak és célszerűnek tartasz, azoknak teljesítésére az illető hatóságokat, kormánybiztosokat, felügyelő orvosokat felszólítván, ezek intézkedéseidet elősegíteni mulaszthatatlan kötelességüknek ismerjék.”

Kossuth Zsuzsanna kinevezését követően elsőként az ún. tépéscsináló mozgalmat indítja el. Mivel nincs elég kötszer a sérültek ellátására, így tiszta rongyokból tépéseket kell készíteniük, az asszonyoknak, lányoknak. Kossuth Zsuzsanna a Pesti Hírlap 1849. május 13-i számában felhívást intéz a magyar nőkhöz ez ügyben.

„Honleányok, testvéreim!

A haza és védőink szenvedései munkára szólítanak. Minden nő, aki erőt érez magában, keresse fel a helyben vagy vidéken lévő kórházakat. Ha elhagyott állapotban szűkölködve, minden kényelmi cikk nélkül találja azokat, szólítsa fel a legközelebbi polgári hatóságot kórházi szükséges készletek beszerzésére. Minden percben ápoló gonddal örködjétek a szabadságért szenvedőknek, még álmaik fölött is. Én szerte utazom a hazában, hová szent kötelességem hí: én fel foglak titeket keresni.”

A főápolónő valóban rengeteg személyes tapasztalatot szerez, fáradhatatlanul járja az országot, betegen is. Munkája nyomán, 1849 nyarán 72 táborig kórház kezd meg működését. Ő maga is ápolja a sebesülteket, sőt lelki vigaszt is nyújt nekik. Gondoskodó figyelme még a betegek elhelyezésében is megnyilvánul. Odafigyel arra is, hogy az egy falubeliek lehetőleg egy szobába kerüljenek. Nemcsak a sérült magyar honvédeket, hanem a kórházi ellátásra szoruló osztrák katonákat is ápolja. A sebesültek így emlékeztek Zsuzsannára: „Anyai gyengédséggel bánt velünk.”

Járja az országot, nemcsak ellenőrzi a kórházak működését, hanem újabb szükségkórházakat is létrehoz. A végsőkig kitart önként vállalt munkája mellett. A szabadságharc bukását

megelőző hetekben is sok kórházban megfordul, mindenütt súlyos sebesülteket lát, s ráadásul a kolera is tizedeli a betegeket. A helyzet reménytelenné válik, az orvosok, ápolók hősie erőfeszítése ekkor már kevésnek bizonyul, hiszen nincs kötszer, gyógyszer, élelmiszer.

A szabadságharc bukása után Kossuth Lajos emigrációba kényszerül. Zsuzsannának és családjának is menekülnie kell. Állandó felügyelet mellett tizenkettő magukkal nyomorogni kényszerülnek egy szobában. Később valamelyest jobb körülményeket sikerül kiharcolnia családtagjai számára, mindezt bátor, tiszteletet parancsoló fellépésével éri el. Majd osztrák fogságba esnek. Az osztrákok arra kényszerítik a családot, hogy visszamenjenek Pestre, itt embertelen körülmények között, közel fél évig tartják fogva őket. Földre szórt szalmán feküdtek, a nedves falak közt Zsuzsanna is megbetegedett, kiújult lappangó tüdőbaja. Kossuth Zsuzsannát főben járó bűnnel, hazaárulással vádolják. Védőügyvédje nincs, önmagát kell védenie. A tárgyaláson rendkívül nagy szónoki erővel, hatásosan, logikusan érvel, mondván: csak azt tette a szabadságharcban, amit joga, kötelessége, küldetése volt, ápolta a betegeket és ahol tudta enyhítette a sérültek szenvedéseit.

A vizsgálóbíró tanácstalan volt. Majd az előtte álló papírra pillantott, ahol piros tintával volt aláhúzva: „A legszigorúbb büntetést kell alkalmazni” - volt az utasítás. Ekkor váratlan helyről jött segítség, osztrák katonatisztek jártak közben, akiket a szabadságharc alatt magyar honvédkórházakban ápoltak. „Ennek az asszonymak köszönhetjük az életünket – mondták, ő nem az ellenséget látta bennünk, hanem a szenvedő embert, ápolta bennünket, segített rajtunk.” Így felmentik az első országos főápolónőt. Bár mindenki azt tanácsolta a család itthon maradt tagjainak, hogy hagyják el az országot, de ők maradnak.

Zsuzsanna hisz abban, hogy a magyar nép visszavárja a vezérét, s Kossuth Lajos testvérei nem menekülhetnek el. Mindezek ellenére az 50-es évek elején Zsuzsanna részt vesz egy összeesküvés előkészítésében, abban bízva, hogy Kossuth Lajost sikerül visszahozni az országba, és belső felkelést szervezni az osztrákok ellen. A szervezkedés azonban lelepleződik, a Kossuth család újabb megpróbáltatások elé néz, Zsuzsannára újabb börtönbüntetés vár. Az összeesküvés vádját szerencsére nem tudják rábizonyítani.

Azzal a feltétellel helyezik szabadlábra, hogy a család itthon maradt tagja elhagyja a Habsburg-birodalom területét, ezért megkapják az engedélyt a kivándorlásra Amerikába; 1853 tavaszán érkeznek meg New Yorkba. Az emigránsok közül sokan a család segítségére lettek volna, de Zsuzsanna önérzetesen visszautasítja a felajánlott segítséget: „Nem azért jöttünk ebbe az országba, mert itt rokonszenvre számítunk, hanem azért, mert dolgozni akarunk.” Zsuzsanna maga is igen beteges már ezekben az időkben, ennek ellenére kitanulja a csipkeverést, hamarosan nyit egy kis üzemet. Ruhavarrást vállal. Orvosa figyelmezteti, hogy a hajsztolt munkatempó az életébe kerülhet.

A sok megpróbáltatás, küzdelem ekkorra már aláásta egészségét, tüdőbetegsége régóta kínozza, elfogy maradék életeréje, s 1854. június 29-én 37 éves korában meghal.

Kossuth Zsuzsanna hamvai még ma is New York-ban nyugszanak, a 12. utca sarkán lévő temetőben. Reméljük, eljön az idő, amikor hamvai végre magyar földbe kerülnek, abba a földbe, amelyért életét áldozta, és ahová mindig visszavágyott.

Kossuth Zsuzsanna eszméi, áldozatos munkája, erkölcsi tartása, önzetlensége ma is helytálló. Bármely korban élünk, az ápolónők meghatározó személyek az emberek egészségügyi ellátásában. A ma ápolónői a magyar egészségügy főszereplői, ehhez a szerephez Kossuth Zsuzsanna szellemi öröksége kiemelkedő útmutatást jelent.

Irodalom

Kertész Zsuzsanna (1992): Kossuth Zsuzsanna élete és munkássága.

Hogyan írjunk tudományos közleményeket?

Tanácsok kéziratok elkészítéséhez

Dr. Zrínyi Miklós PhD

szerkesztő

Mint szerkesztőtől, gyakran kérnek útmutatást a jól felépített, átgondolt kézirat elkészítéséhez. A téma feldolgozása azonban nem egyszerű, sokszor csak könyvekben lehet megjelentetni minden olyan tudnivalót, ami egy kéziratot olvashatóvá, érthetővé, ezáltal közölhetővé tesz. Az alábbiakban néhány fontosabb, alapvető szempontot veszünk sorra, rámutatva a leggyakoribb hibákra amelyek kevésbé teszik az írást elfogadhatóvá. Ezek a következők:

- a cím nem fejezi ki a kézirat tartalmát;
- a kézirat bevezetője nem ragadja meg az olvasó figyelmét;
- a bevezetőben ígért tartalom a későbbiekben nem kerül kifejtésre;
- félbemaradt, nem teljesen kidolgozott elképzelések;
- túlságosan összetett és érthetetlen mondatszerkesztés;
- a szövegösszefüggés hiánya, a gondolatok és bekezdések nem kapcsolódnak.

A szerző első és utolsó fegyvere a **cím** kiválasztása. A cím alkalmas arra, hogy megragadja az olvasó figyelmét, az unalmas, rosszul körülírt címek inkább elriasztják az olvasókat. Érdeemes ezért olyan címet választani, amit rövid, de tartalmasan kifejezi a kézirat egész lényegét. A cím határozza meg mindazt a tartalmat, ami az olvasó a kézirattól elvár, tehát a cím elolvasását követően az olvasónak világosan tudnia kell, mi következik. Ha mégsem így van, az olvasó (és a bíráló is!) elveszti a kedvét, az írást zavarosnak, és ezáltal kevésbé figyelemre méltónak gondolja.

Minden kézirat bevezetőjének gyorsan meg kell ragadnia az olvasó figyelmét. Ha ezt elmúlasztja, máris elvész az olvasó érdeklődése a kézirat további, esetleg igen lényeges mondanivalója iránt. Abból kell kiinduljunk, hogy komoly tudományos tevékenység közben egy-egy szakember akár több száz cikket is kénytelen végigolvasni, amelyek átlagos hosszúsága elérheti akár az 5 oldalt is. Érthető, hogy inkább azokra figyel majd, amelyek egyértelmű címmel és világos bevezetővel ragadják meg a figyelmét (ezek mind az első oldalon találhatóak!). Emlékezzünk arra, hogy a tudományos közlés célja **új ismeretek** közreadása, olyat, amit mindannyian ismerünk, senki sem kíván újra elolvasni. Az olvasó figyelmét legegyszerűbben azzal ragadjuk meg, ha már a kezdetben, valahol az első paragrafusok egyikében megmondjuk, hogy mi volt a munkánk **célja**. A világosan körülírt cél azonnal tájékoztat arról, hogy a továbbiakban milyen módszerek és kérdések merülhettek fel, ami segítség arra, hogy az olvasó eldöntse, vajon ugyanarról a problémáról olvas-e, aminek a megoldásán ő is fáradozik.

Miután munkánk célját tisztáztuk, fejtjük ki az ígért tartalmat. Nincs annál elkeserítőbb, mint amikor a szerző egész más témáról kezd írni, mint amit a címben és a bevezetőben ígért. Ha a szerző azt ígéri, hogy alapvető tanácsokat ad kéziratok elkészítéséhez, akkor pontosan erről, és nem a nyomdában szerzett tapasztalatairól kell írnia. Kezdő szerzők gyakori hibája, hogy az ígért témához hasonló, de a címmel, a bevezetővel és a munka céljával nem összhangban lévő tartalmat mutatnak be. Ügyeljünk arra, hogy a logikai egység a cikk során sose boruljon fel.

Ugyancsak jellemző hiba, hogy a szerző azt feltételezi az olvasóról, hogy ugyanazt a tudásmennyiséget sajátította el élete során, mint ő maga. Ezért a szerzők gyakran nem fejtik ki elég részletesen következtetéseiket, mintegy „feltételezik”, hogy a leírtak logikai menete mindenki számára közkincs. Így elmulasztják az egyes fogalmakat meghatározni, ami ugyancsak zavart okozhat a későbbiekben, különösen az eredmények megvitatásakor (mit is ért az alatt, hogy...?). A másik végllet a túl részletes, de pusztán csak mások eredményeit felsoroló összefoglaló. Ilyenkor a szerzők gyakran nem mutatnak rá az egyes kutatások közötti logikai kapcsolatra, csak „egymás mellé” teszik a tényeket. Az olvasó sokszor zavarodik össze, követhetlenné válik az elméleti levezetés folyamata (hogyan jutunk el arra a következtetésre, hogy a jelen kutatás egyáltalán szükséges volt, és pont erre a módszertanra, és nem más megközelítésre volt szükség), ami egyúttal a munka értékét is megkérdőjelezi. Az ilyen irodalmi összegzések nem képesek arra, *hogy bemutassák, röviden és logikusan, hogy hol tart ma a tudomány, milyen ismeretekben van hiány, és ezeknek az új ismereteknek a megszerzéséhez a mi munkánk hogyan járul hozzá.*

Figyeljünk arra is, ami gyakori hiba a kezdő szerzőknél, hogy a felfedezés öröme más irányba tereli a gondolatokat. Ilyenkor válik csapkodóvá a gondolatmenet, mert a szerző egyszerre több témát akar bemutatni, megbeszélni. A hirtelen gondolatmenet oda-vissza váltások miatt nem követhető a szerző álláspontja, nem világos, hogy mit is akar mondani. Ezt a hibát azzal lehet elkerülni, hogy a kéziratot előre meghatározott szerkezettel írjuk meg, és végig arról a témáról írunk, amit ígértünk. Gyakori hiba, hogy az eredmények megbeszélése során a szerző felfedez egy érdekesnek, bár a megvitatott téma szempontjából alárendeltnek tűnő eredményt, ami félreviszi a következtetések irányát. Vigyázzunk tehát, hogy mindig arról értekezzünk, ami a dolgozat érdeklődésének középpontjában állt, és bármilyen vonzónak is tűnik, de a nem várt új felfedezésekről egy másik kéziratban számoljunk be.

Ugyancsak előfordul, hogy egyes szerzők azzal kívánják a kéziratot tudományosabbá tenni, hogy bonyolult, idegen szavakkal és kifejezésekkel teletűzdelt mondatokat szerkesztenek. Az eredmény: teljes zűrzavar, az olvasó részéről pedig közöny. **A tudományos kézirat törekvése, hogy a legbonyolultabb összefüggéseket a legegyszerűbb nyelven magyarázza el, és nem a legegyszerűbb összefüggéseket akarja minél bonyolultabbá tenni.** Igyekezzünk mindig úgy írni, mintha olvasó közönségünk csupa laikus emberből állna, akik komoly tudományos képességekkel rendelkeznek.

Minden tudományos dolgozatban segíti az eligazodást (szerző és olvasó számára egyaránt) a **szerkezet**. A leggyakoribb, hogy a folyóiratok adják meg a kívánt formát (legtöbbször: „cél” – „minta és módszerek” – „eredmények” – „megbeszélés”), igyekezzünk ezt követni a kézirat szerkesztésekor. A bírálók, joggal, kényesek a formai követelmények betartására, ezek ugyanis gyorsítják a bírálati időt és a szerkesztési/ nyomdai munkát. De az olvasó is azonnal könnyebb helyzetben van, ha tudja, melyik fejezet alatt mit talál, mit hol keressen. Fordítsunk időt ezeknek a szerzői útmutatóknak a tanulmányozására és betartására.

A logikai folyamat szerepe minden cikkben alapvető. Ez azt jelenti, hogy minden mondatnak valahol kapcsolódnia kell az előzőhöz, minden bekezdésnek össze kell függenie a következővel. Tegyük fel magunknak a kérdést: ez a mondat vagy bekezdés felkészíti-e az olvasót arra, hogy mi következik majd ezután, mi lesz a *logikus* folytatás? Ha nem, akkor a gondolataink között ugrás van, megszakadt a logikus folyamat. Erre kollégáink is felhívhatják a figyelmünket, kéziratunkat nem árt megosztani másokkal a végleges benyújtás előtt.

Összefoglalva, a fenti pontok észben tartása segítséget nyújthat könnyebben olvasható, átgondoltabb kéziratok elkészítéséhez. Természetesen a fentiek csak vázlatosan foglalkoztak egyes hibákkal, és nem pótolják az erről a témáról írt könyvek részletes tudását. Három dolog azonban nem kérdéses: tudományos dolgozat megírásához szükség van a rövid, de részletes bemutatás képességére, a társaink-kollégáink kritikájának elfogadására, és a kézirat többszöri

átírására, amíg az végleges formát ölt. Mindezek türelmet és kitartást kívánnak a szerzőtől, de a végeredmény csak így lehet mások számára hasznosítható.

Ajánlott irodalom:

Marilyn H. Oermann (2002). Writing for publication in nursing. Lippincott Williams Publishers, ISBN: 0781725550

[Vissza a tartalomhoz](#)

Ápolás az Európai Unióban

Az egészség Európájának bővítése – az ápolóknak fontos szerepet kell betölteniük az egészség Európájának kiépítésében

Az EU egészség- és fogyasztóvédelmi főbiztosa az Ír Ápolók Szervezetének kongresszusán április 4-én az európai egészségpolitikáról és az EU-bővítés kihívásairól beszélt. Rámutatott arra, hogy az EU elindította új, nagyra törő **közösségi népegészségügyi programját**. A 312 millió euró költségvetésű, hatéves program egyedülálló eszköz lesz a kibővülő Európa állampolgárai egészségi szükségletei kielégítésének. A program három fő cselekvési irányt határoz meg Európa vezető egészségi problémáinak a kezelésére: 1) a tudásanyag és az ismeretek bővítése az emberek egészségi állapota, az egészségi beavatkozások és programok, valamint az egészségügyi rendszerek működése vonatkozásában; 2) az egészséget fenyegető veszélyekre való gyors reagálás képessége; 3) az egészségromlást okozó tényezők elleni küzdelem.

Rendkívül fontos a **táplálkozás** kérdése, nevezetesen az obezitás, a kóros mértékű elhízás, amely járványos méreteket ölt Európában, a felnövekvő „gyorséttermi generáció” körében. Ennek leküzdéséhez forradalmi jellegű magatartás-váltás kell. Az **ápolók segítsége elengedhetetlenül szükséges** az egészségügyi dolgozók és a lakosság széles rétegeinek a mobilizálásához az obezitás járványának a kezelése érdekében. A frontvonalban dolgozó ápolók kiváló helyzetben vannak ahhoz, hogy a lakosságot oktassák és felvilágosítsák a probléma komolyságáról.

Az egészség Európájának kialakításába be kell vonni a legfontosabb érdekcsoportokat, ezért az EU létrehozta az EU Egészségpolitikai Fórumát, amelyben szóhoz jutnak az egészségügyi szakemberek, betegek, szolgáltatás-vásárlók és az ellátók. Az **EU Ápolói Állandó Bizottsága** a Fórum aktív tagja és értékes hozzájárulással segíti annak munkáját.

Az EU bővítése

Mindnyájunkat foglalkoztat, hogy mik lesznek a bővítés gyakorlati következményei. A tagjelölt országok egészségi helyzete jelentősen eltérő, egyben azonban hasonlóan egymáshoz: mindegyiküknek óriási erőfeszítéseket kell tennie azért, hogy lakosságuk egészségi állapotát javítsák és fokozzák egészségügyi rendszereik képességeit azért, hogy az mindenki számára minőségi ellátást tudjon nyújtani. A bővítés után azonban már sokkal többre lesz szükség, mint az EU joganyag átvétele és alkalmazása. Nevezetesen a közszolgálati egészségügyi rendszer újraképzése, az egészségügyi reformfolyamatok felgyorsítása, az egészségbe tett befektetések növelése és a lakosság egészségi állapotának a javítása lesznek a kulcskérdések.

Az egészségügyi dolgozók és a bővítés

Magától értetődik, hogy a szakképzett, gyakorlott és motivált munkaerő elengedhetetlen feltétele az európai egészségügyi rendszerek megfelelő működésének. Ezért is érthető, hogy az egészségügyi dolgozó lehetséges áramlása az országok között sok vitát gerjesztett. A bővítés ehhez egy további dimenziót ad. Megfogalmazódtak aggodalmak azzal kapcsolatban, hogy a jelenlegi tagállamok **a jelölt országokból „agyelszívással”** esetleg egészségügyi dolgozókat vonzanak magukhoz. Attól lehet tartani, hogy jelentős munkaerő-vándorlás következik be, amit motivál *a magasabb bér és a jobb életkörülmények kilátása* is. Ennek két komoly hatása lehet: egyrészt megfoszthatja a tagjelölt országokat a szükséges tapasztalt egészségügyi személyzettől, másrészt problémákat okozhat a tagállamoknak is, mivel eltérő a szakma gyakorlása, a praktizálás módja az ő saját és az újonnan érkező munkaerő között. Felmerült az is, hogy a tagjelölt országok némelyikének szakemberei nem rendelkeznek a tagállamok szakembereiével összehasonlítható szintű képzettséggel és hozzáértéssel, ami viszont a beteg biztonságára nézve jelent lehetséges veszélyt. Az EU főbiztosa ezzel kapcsolatban rámutatott arra, hogy az egységes piac egyik alapelve a személyek szabad mozgása, amely az egészségügyi dolgozók számára lehetővé teszi, hogy más tagállamban vegyenek részt képzésen, ez pedig a szaktudás bővülését eredményezi. Másrészt pedig a munkaerő szabad áramlása következtében a szakemberek különféle helyzetekben és rendszerekben szerezhetnek tapasztalatokat, ami erősíti hozzáértésüket és készségeiket. Emellett azonban az EU igen komolyan veszi a köz, a lakosság egészségét esetlegesen veszélyeztető fenyegetéseket, ezért kiterjedt kollegiális vizsgálatot folytatott le a tagjelölt országokban annak felderítésére, hogy milyen mértékben felelnek meg ezek az országok a **szakképesítések kölcsönös elismerésére vonatkozó uniós jogszabályoknak**. A vizsgálat eredménye az volt, hogy nincsen szükség e szakképesítésekhez vezető képzések átalakítására, fejlesztésére. Ennek ellenére továbbra is ellenőrzik a tagjelölt országokban folyó képzés megfelelőségét, és ha kell, segítséget nyújtanak ezen a téren.

Az EU – tekintettel arra, hogy nem rendelkezik elegendő információval a tagjelölt országokból kiinduló mozgás mértékére vonatkozóan – tervezi a betegek és egészségügyi dolgozók mozgásának vizsgálatát Európában. Ugyancsak tervezi a minőség értékelését az egészségügyi ágazatban, továbbá a standardok kidolgozásának és alkalmazásának a vizsgálatát. (FVK)

(David Byrne, European Commissioner for Health and Consumer Protection: Widening the Euope of Health. Speech at the Conference of the Irish Nruses Organisation, Dublin, 4 April 2003. Speech/03/183).

Az Európai Unió Ápolói Állandó Bizottsága [The Standing Committee of Nurses of the EU (PCN)]

Az EU Ápolói Állandó Bizottságát 1971-ben hozták létre (akkori angol elnevezéséből – Permanent Committee of Nurses – maradt a ma is gyakran használt PCN betűszó). A Bizottság több, mint 760 ezer európai ápolót képvisel és a szakma független európai hangja kíván lenni. Tagjai az EU tagállamokból és az Európa Tanács tagországaiból az Ápolók Nemzetközi Tanácsában tagsággal bíró nemzeti ápolási szervezetek képviselői. Emellett a hivatalos tagfelvételi kérelmüket benyújtott országok nemzeti ápolási egyesületeiből is hívnak meg képviselőket.

A PCN feladata:

- képviseli a tagok véleményét és álláspontját az EU intézményekben és testületekben
- platformot nyújt az ápolás fejlesztéséhez Európában

- kapcsolatokat épít és együttműködik egyéb nemzetközi ápolási csoportokkal, egészségügyi társaságokkal és szervezetekkel – szoros kapcsolatokat tart fenn az Ápolók Nemzetközi Tanácsával (ICN) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) európai irodájával
- koordinálja az Ápolási Szervezetek Európai Hálózata (European Network of Nursing Organisations – ENNO) éves konferenciáit, amely a nemzeti ápolási egyesületek és az európai szakápolók csoportjainak összejövetel

A PCN jelenleg egy folyamatos szakmai továbbképzési programon dolgozik az európai ápolók számára, a népegészségügy terén. A képzési program kidolgozását az Európai Bizottság finanszírozásával támogatta, és abban részt vesznek az EU nemzeti ápolási egyesületei.

A PCN főtitkára: Paul de Raeve. A főtitkári tisztséget újonnan hozták létre abban a reményben, hogy ezáltal megerősíthető a PCN pozíciója az EU-környezetben, és új korszak kezdődhet a szervezet életében. De Raeve úr regisztrált ápoló, ápolástudományi egyetemi fokozattal, valamint statisztikából mesteri fokozattal rendelkezik. Tíz évig dolgozott a belga Egészségügyi Minisztériumban részállásban, mint az országos ápolási minimális adatkészlet koordinátora és szakmapolitikai programalkotó-fejlesztő. Aktívan foglalkozott a bizonyítékokon alapuló ápolással, 23 cikket publikált és könyvet írt „Az ápoláskutatás gyakorlati szemszögből” címmel.