

Menni vagy maradni? Ez lesz a kérdés...?

Tisztelt Olvasóink!

Mindannyiunk számára közkincs, hogy 2004 májusa radikális változásokat hozhat egyaránt az ápolásban foglalkoztatottak és a foglalkoztatók számára. Ezeknek az előszelét már most is tapasztalhatjuk a hazánk és az ápolásban dolgozók képzettsége és tapasztalata iránt megnyilvánuló nemzetközi érdeklődésben. A Nővér folyóiratot már most rendszeresen visszatérő európai és tengerentúli ügynökségek kéri fel hirdetések megjelentetésére, amelyek vonzó állásajánlatokkal igyekeznek munkaerőt toborozni külföldi egészségügyi intézményekbe.

A Nővér folyóiratnak nem tiszte állást foglalni abban, hogy vajon szükséges lenne-e mindezeket az áramlatokat az egészségpolitika szabályrendszerébe tagolni, és biztosítani, hogy a munkaerő elmozdulása esetén az érintettek éppúgy maximális biztonságot és előnyöket élvezzenek, mint az egészségügyi rendszer, amelyet maguk mögött hagynak. Az eddigi tapasztalatok részben ugyanis azt mutatták, hogy az elvándorlás következménye lesújtó lehet egyes egészségügyi rendszerekre, de éppígy csalódást, rosszabb esetekben kizsákmányolást eredményezhet az elvándorlást helytelenül előkészítő munkaerőnek is.

Több, nemzetközileg elismert szervezet is igyekszik a migráció, az elvándorlás hatásait nyomon követni, és megoldásokat javasolni a káros hatások kiküszöbölésére. Az Egészségügyi Világszervezet tavaly megjelent kiadványa¹ mélyreható elemzést közöl az ápolók elvándorlásának nemzetközi trendjeiről, az elvándorlást kiváltó okokról, és néhány lehetséges megoldásról is. A dokumentum fő megállapítása, hogy az elvándorlás hátterében az iparilag fejlett országok ápoló hiánya húzódik meg, miután ezek az országok nem voltak és nem képesek jelenleg sem saját utánpótlásukat biztosítani. Ugyanakkor kihasználják, hogy a fejlődő országokban alacsonyabb a fizetés és rosszabbak a munkaviszonyok, a két legfontosabb tényező, amely kiemelkedő szerepet játszik az elvándorlásban világszerte.

A dokumentum szerint a kormányzatok számára négy lehetséges megoldás kínálkozik, hogy a kedvezőtlen elvándorlási áramlatot befolyásolni tudják. Az első esetben az ápolók fizetését, munkakörülményeit, és társadalmi megbecsülésüket, szakmai presztízsüket kell javítani, emelni ahhoz, hogy helyben maradjanak. Az ápolók is sokkal inkább maradnának saját országukban, ha legalább életminőségüket megfelelőnek éreznék. Másodsorban, kormányközi, kétoldalú egyezményekkel is javítani lehet az elvándorló és hazatérő, helyben maradó ápolók arányát. Harmadrészen, megállapodások köthetők arról, hogyan tudja a befogadó ország kompenzálni az elvándorlás veszteségét (anyagiakat, pl. kiképzés költsége, kiesett hasznos munkaidő, stb., és eszmeiket is, pl. a „tudás elvesztése”) az ápolókat elbocsátó ország számára. A negyedik alternatíva az elvándorlás teljes korlátozása lenne, amelyet mindenki etikátlan lépésnek tekintene.

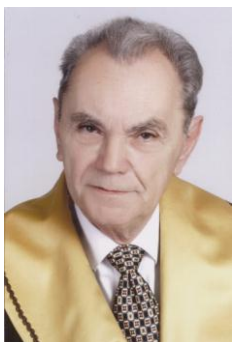
Mint arra rámutattunk, az elvándorlás következménye kedvező vagy éppen lesújtó lehet az elvándorlást választó munkaerőnek. Minden elvándorlással kapcsolatos döntést alapos és előzetes tájékozódás alapján kellene meghozni. A tájékozódás megfelelő és megbízható információk hiányában azonban nehéz, olykor lehetetlen. A valós információk iránti éhséget a Nővér folyóirat sem tudja enyhíteni, de amint az a folytatásból kiderül, ez feltehetően más szervezeteknek lesz a jövőbeni feladata. Ugyanakkor a Nővér filozófiája és értékrendszere szerint igyekszik minden eszközzel olvasóinak olyan tájékoztatást adni, ami a személyes továbbfejlődést segíti. Ennek szellemében adjuk közre az Ápolók Nemzetközi Tanácsának tájékoztató anyagát, amely az elvándorlás és munkahelyváltás hazai és nemzetközi gyakorlatáról ad részletes felvilágosítást. Hisszük, hogy a folyamat, melyet ez a dokumentum is megállíthatatlannak ítélt, minket, magyar ápolókat sem hagy majd érintetlenül, de a felelősség azért, hogy részvételünk ebben a folyamatban igazságos és arányos legyen, mindannyiunkat terhel.

A Nővér megtette az első lépéseket, reméljük, hogy mások is követik példánkat.

*Zrinyi Miklós, PhD
szerkesztő*

[Vissza a tartalomhoz](#)

Köszönet a Nővér(ek)-ért



„Szülészorként már régóta tudtam, hogy az igazán minőségi szakmai munka egyik feltétele a nem orvos szakdolgozók munkájának minősége, az utóbbit pedig meghatározza a képzés keretében megszerezhető tudás.” *Prof. Dr. Illei György*

Az ápolóknak kezdetektől voltak jeles orvos patrónusaik, kik felismerték a velük együtt dolgozó személyzet társadalmi státuszának, megbecsültségének a fontosságát, megfelelő szintű folyamatos képzésének szükségességét, erkölcsi tartásának szilárdítására tett erőfeszítések jelentőségét, szociális boldogulása elősegítésének kiemelkedő szerepét. Már a múlt századelőn megalapított Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete a kor társadalmi környezetéhez igazodva felismerte, hogy az egyesület érdekeinek hatékony artikulálása nem nélkülözheti a segítő kezet nyújtó orvosok támogatását. Az egészségügyben dolgozó nem orvos végzettségű szakemberek első

szaklapjának (Egészségügyi Alkalmazottak Lapja, 1921. január 1.) szerkesztője, Dr. Rajnai Béla, olyan orvos volt, aki azonosulni tudott a nem orvos végzettségű egészségügyi szakemberek problémáival. A problémákkal való azonosulás persze nem jelenti azt, hogy valaki tenni is kíván a helyzet jobbítása érdekében.

Szerencsére elmondható, hogy vannak olyan személyiségek, akik tetteikkel is bizonyítják elkötelezettségüket azért a szakmai rétegért, mely még napjainkban is küzd szakmai autonómiáért, erkölcsi elismerésért. Ezen személyiségek közül napjaink elismerésre méltó egyénisége **Prof. Dr. Illei György**, aki a Nővér szakmai folyóirat szerkesztőbizottsági tagja 1996-tól, majd tanácsadó testületi tagja lett 2000-től és jelen tisztségéről 2003 végén leköszönt.

Illei professzor 50 éves munkásságában kezdetektől fogva jelen volt szakmai elhivatottsága részeként a nem orvos egészségügyi társadalom fejlődése érdekében tett erőfeszítés. Szakmájához kötődően először a szülésznőképzésben vett részt oktatóként és tanterv kidolgozóként, majd az egészségügyi főiskolai képzések extenzív elindulásával (1989) a Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Képzésében Szombathelyen vállalt szerepet a védőnők oktatásában. Nevéhez fűződik a diplomás ápolói tanterv összeállítása, a szak elindítása és vezetése. Az ápolóképzés területén szerzett országos és nemzetközi szakmai tekintélye révén általa került kidolgozásra hazánkban az első egyetemi szintű ápolóképzési program. A PTE Egészségügyi Főiskolai Karon iskolateremtő egyénisége előremutatást ad a következő ápoló nemzedékek számára. Emberi magatartása és végzett küldetésével való azonosulása példaként állítható a jövődő ápolók és egészségügyi szakemberek elé. Racionális józansága és megfelelő mértékkel és időben alkalmazott kompromisszumkézsége folyamatosan jelen volt az egészségügyi képzések eredményes megvalósítása érdekében hozott döntéseiben. Gondolkodásában a fiatalabb generációkért érzett felelősségtudat mai napig megtalálható. Tevékenységét számos rangos elismerés jelzi, amelyeknek a felsorolása meghaladná írásunk terjedelmét.

A Nővér folyóiratnál aktív szerkesztőbizottsági működése alatt és később tanácsadói funkcióban is többször készített olyan jellegű írásokat, melyek az ápolók tudásának gyarapítását szolgálták. Nemzetközi tapasztalatainak papírra vetése, vagy a fogalomtár elindítása, valamint a beküldött kéziratok szakmai véleményezése elősegítette folyóiratunk hatékony működését. A munkásságában a társadalommal való kapcsolattartásról vallott nézete, amelyet angliai tartózkodása idején a londoni egyetemi női klinikán főnökétől (Prof. Dr. William Nixon) tapasztalt meg, a jövőben is megállja helyét:

„az emberek és döntéshozók a dolgokat nem aszerint értékelik, amik, hanem aszerint, aminek látszanak, és akkor figyelnek oda igazán egy szakmára, ha az adott szakterület általuk leginkább elismert személyisége, akivel szemben általános a bizalom, velük rendszeres kapcsolatot tart”

A szerkesztőség és a folyóirat olvasótáborában nevében köszönetünket fejezzük ki e helyütt is az eddigi munkásságáért és az elkövetkezendő tennivalóhoz jó egészséget kívánunk!

*Betlehem József
szerkesztőbizottsági tag*

[Vissza a tartalomhoz](#)

A diplomás ápoló szerepe a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában

Siket Adrienn

főiskolai adjunktus, Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszék

A vizsgálat célja: A dolgozat a diplomás ápolók szerepével, prevenciók lehetőségeivel foglalkozik az alapellátás területén. Célja annak vizsgálata, hogy a kardiovaszkuláris betegségek kapcsán felmerülő egészségfejlesztési tevékenységek végzése kiknek a feladata lehet. Ezzel kapcsolatban fontos megismerni az orvosok, a körzeti ápolók és betegek álláspontját.

Vizsgálati módszerek és minta: Az ismertetett vizsgálat kérdőív segítségével azt mérte fel, hogy milyen egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokat tudnának végezni a diplomás ápolók az alapellátásban, illetve, hogy mi a házi orvosok, körzeti ápolók és betegek véleménye az egészségnevelési feladatok diplomás ápolók által történő végzésével kapcsolatosan Szabolcs-Szatmár-Bereg megye házi orvosi rendelőiben.

Eredmények: Az eredmények szerint a házi orvosok a dohányzás, mozgás, táplálkozás, környezethigiéné és az egészséges életmód kérdéseiben többségében elfogadhatónak tartják a diplomás ápolói tájékoztatást. A körzeti ápolók ezeken túl a diplomás ápolót jelölték meg mint tanácsadót a szenvedélybetegségek és a betegségek korai felismerése témakörökben is. A betegek az orvostól és a diplomás ápolótól is elfogadnák a tájékoztatást (szeretnének tájékoztatást kapni).

Következtetések: A diplomás ápoló alkalmazásával kapcsolatosan a felmérés azt mutatta, hogy a házi orvosok szívesen alkalmaznának diplomás ápolót, és a körzeti ápolók is helyesnek tartanák ezt.

Bevezetés

Az Egészségfejlesztés Ottawai Kartája szerint az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy saját egészségüket felügyeljék és javítsák [1]. A Karta által az egészségfejlesztés számára megfogalmazott öt fő tevékenységi terület az egészséget szolgáló állami politika, kedvező környezet kialakítása, a közösségi tevékenységek erősítése, az egyéni képességek fejlesztése, és az egészségügyi ellátás átszervezése.

Az 1996-ban elfogadott Ljubljanai Karta [2] az egészségügyi ellátás átszervezéséről konkrétan megfogalmazta azokat az alapelveket, amelyeknek az egészségügyi rendszerre irányuló átszervezéseket vezérelniük kell. Ezek közé tartozik: az egészségügyi rendszer reformjának irányelveit az emberi méltóság, méltányosság, szolidaritás és hivatás-etika szabja meg; világos célokat tűzzen ki az elérendő egészségnyereségre vonatkozóan; legyen emberközpontú; összpontosítson a minőségre; megfelelő pénzügyi alapokon nyugodjon; és hangsúlyosan forduljon az alapellátás felé. Az alapellátásban a reformoknak azt kell biztosítaniuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások minden szinten óvják és elősegítsék az egészséget, fejlesszék az életminőséget, előzzék meg és kezeljék a betegségeket, rehabilitálják a betegeket, és gondoskodjanak a halálos betegségekből szenvedőkről.

Az egészségügyi alapellátás irányelveit a Nemzetközi Egészségügyi Alapellátási Konferencia fogalmazta meg Alma-Atában (Szovjetunió) 1978-ban. A kongresszus szerint az alapellátás olyan eszköz, amellyel elérhető, hogy „2000-re a világ minden lakosa olyan egészségügyi színvonalat érjen el, amely lehetővé teszi számára, hogy mind társadalmi, mind gazdasági szempontból produktív életet éljen” [3]. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa a világ ápolóinak nevében szólva kinyilvánította azt a szándékát, hogy nemzetközi és nemzeti szinten is együttműködik annak érdekében, hogy az egészségügyi alapellátás a gyakorlatban is megvalósuljon [4]. Ez a szándéknyilatkozat tükrözte azt a közismert ténytet, mely szerint a legtöbb egészségügyi ellátási rendszerben eddig is az ápolói személyzet adta, és fogja adni a jövőben is az egészségügyi ellátás nagyobbik részét, ezért a nemzeti egészségügyi erőfeszítések sikere nagymértékben attól függ, hogy milyen az ápolói szakma felkészültsége és elhivatottsága. Az alapellátás az Alma-Atai Nyilatkozat szellemében olyan alapvető és lényeges egészségügyi ellátást jelent, amely az egyének, családok és közösségek egészségi állapotát olyan szintre emeli, melyben az emberek nem csupán túlélésre képesek, hanem társadalmi és gazdasági szempontból is produktív életet élhetnek. Hangsúlyozza az egészségfejlesztést, a gyakoribb betegségek megelőzését felvilágosítással, védőoltásokkal, megfelelő ételmiszerellátással, biztonságos ivóvízzel és közegészségügyi intézkedésekkel, valamint anya és gyermekvédelemmel és családtervezési szolgáltatásokkal. Az alapellátás, mint az előzőekben felsorolt szolgáltatások színhelye a kapcsolat első szintje is az egyének, a családok, a közösségek, valamint az egészségügyi ellátórendszer között.

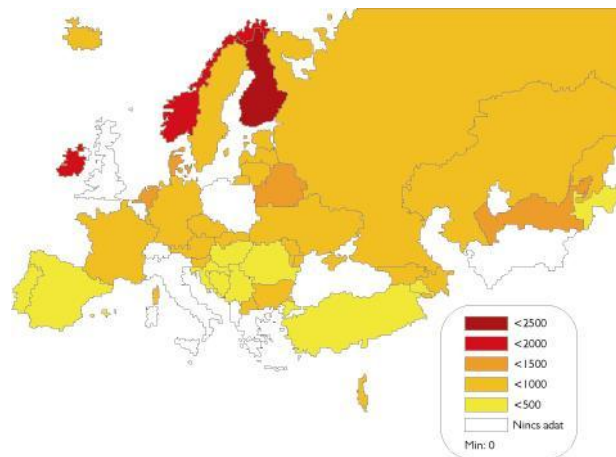
Magyarországon az egészségügyi ellátás gyakorlati átalakítása a szabad orvosválasztáson alapuló házi orvosi rendszer kialakításával kezdődött. A házi orvosi rendszer alapvető célja lakosság-közel, megelőző szemléletű, folyamatos, személyes, lehetőség szerint befejezett ellátást nyújtani.

Az alapellátási szolgáltatásokat Magyarországon 5133 családorvos, 1580 házi gyermekorvos és 5825 körzeti ápoló nyújtotta 2001-ben [5]. Az orvos-beteg találkozások átlagos időtartama azonban igen rövid (a járóbeteg-ellátásban 2001-ben 5,9 perc volt) [6], aminek következtében a jelenlegi feltételek mellett valószínűtlen, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok tevékenységén az egészségfejlesztés, vagy ezen belül az egészségnevelés irányába lényegesen bővüljön. Ezért kell megvizsgálni azt, hogy az alapellátásban jelenlevő egyéb képzett szakdolgozók közül kikre lehet még számítani az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységekben.

Az egészségügyi alapellátásnak az orvosokon kívül kulcsfontosságú szereplői az egészségügyi dolgozók legnagyobb csoportját képviselő ápolók is. Az Egészségügyi Világszervezet szerint az alapellátás az ápolási gyakorlat magától értetődő kibővítése [7]; az egészségügyi alapellátás alapvető tevékenységei közül igen sok az ápolás körébe is besorolható. Az ápolók kapcsolatot tartanak a betegekkel, illetve azok családjával (így tehát egészséges emberekkel), ezért az egészséggel kapcsolatos információk átadásában lényeges szerepet játszhatnak,

különösen, ha képzésük során erre felkészítést kapnak. Az ápolók az alapellátásban csak úgy láthatják el munkájukat teljes értékűen és hozzáértéssel, ha az ápolói alapképzést és a továbbképzést bővítik, és az ápolást meghatározó jogi szabályozást is ennek megfelelően módosítják [8]. Sok egészségi probléma forrása az egyéni és közösségi életmódban keresendő, így megoldásuk változtatást kíván a gondolkodásban, viselkedésben, az életvitelben. Ezeknek a problémáknak a hatékonyabb megoldása az ápolóktól kreativitást, képzelőerőt és innovatív megközelítést igényel.

Az ápolóképzés ma már az uniós országok jelenlegi trendjeit követi. A minőségi problémát a kompetenciák tisztázatlansága, a mennyiségi problémát pedig az alacsony ápolói létszám jelenti. Az ápolók létszáma százezer lakosra vetítve 1999-ben, az Európai Unióban 762, míg Magyarországon kevesebb, mint fele, 374 ápoló volt (1. ábra) [9].



1. ábra – Ápolók száma 100 000 főre viszonyítva egyes európai országokban, 1999-ben
(Forrás: HFA adatbázis, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000)

Ápolók helyzete az alapellátásban Magyarországon

Az alapellátásban különös figyelmet érdemel az ott dolgozó ápolók helyzete és a közösségre irányuló ellátás, hiszen a kórházi napok csökkentése a leghatékonyabban az alapellátáson keresztül valósítható meg. Ahhoz, hogy az alapellátásban dolgozó ápolók az egészségfejlesztésre összpontosítsák figyelmüket, olyan csapatmunka szükséges, amely a praxishoz tartozó közösség meghatározott egészségi szükségleteire összpontosít, és amelyben minden csapattag a képzettségének megfelelő munkát végzi.

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az ápolók száma 2410 fő, ebből diplomás ápoló 72 fő. Az alapellátásban 567 fő dolgozik, a diplomás ápolók száma 2 fő [10]. Az ápolás-szakfelügyelet felmérése szerint országosan képesítés szerint az alapellátásban dolgozó ápolók 45%-a más – nem körzeti ápolói – képesítéssel rendelkezik [11]. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyében ez az arány 27% [10]. Hasonlóan az országos adathoz, itt is jellemző az OKJ ápoló, a gyermekápoló és az általános ápolók vegyes aránya a felnőtt praxisokban. A szakmai felkészültséggel kapcsolatosan megemlítést érdemel, hogy jellemzően középfokú oktatási formában vesznek részt, melynek tananyaga elsősorban a betegellátásra összpontosít, nem veszi figyelembe a betegség-megelőzést. A körzetben dolgozó ápolók többsége szükségesnek tartja a főiskolai és az egyetemi ápolóképzést, a szakmai ismeret bővítése és a magasabb erkölcsi, anyagi elismerés miatt. A legtöbben diplomás ápoló szakra jelentkeznenek szívesen, de a hátrányos anyagi helyzet, az időhiány – a nem megoldott helyettesítés – nem teszi lehetővé a továbbtanulásukat. A továbbképzésekben való részvétel változó mértékű (kivételt képez a kötelező pontszerző továbbképzések köre). Mivel a házi orvosok jövedelmében nincs előírányzott ápolói díjazás, így választhatnak a magasabb bérköltséget jelentő diplomás ápoló és az alacsonyabbban képzett, olcsóbb munkaerő között. Ahhoz, hogy az ápolók az alapellátásban hatékonyabban, az eddigieknél nagyobb szerepet vállalva vegyenek részt, szükséges a képzettségük növelése. Ennek, mint korábban leírtuk, megvannak az infrastrukturális feltételei. Ezen túlmenően meg kell ismerni a praxisban dolgozók és a betegek véleményét arról, hogy elfogadnák-e az ápolókat olyan tevékenységekben is, amelyeket magasabb (főiskolai) képzettséggel el tudnának látni, de amelyek a magyar ellátási hagyományok szerint nem tartoznak az ápolók kompetenciái közé.

Célkitűzés

Annak vizsgálata, hogy hogyan fogadná a szakma és a lakosság a diplomás ápolói feladatokat, az ápolói szerep kiszélesítését. Ennek érdekében kérdőíves felmérést terveztünk Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, melynek keretében az alapellátásban dolgozó szakembereket (házi orvos, körzeti ápoló), illetve ott megjelent betegeket kérdeztünk arról, hogy az egészségnevelés egyes konkrét témaköreiben kinek a feladata lehet a betegek tájékoztatása. A választási lehetőségek között az orvos, a körzeti ápoló és a diplomás ápoló szerepelt.

Módszerek

A megkérdezett (vizsgálatba bevont) egyének a kiválasztott praxisokban dolgozó házi orvosok, körzeti ápolók (felsőfokú és középfokú végzettségűek), és a rendelőkben megjelent betegek voltak. A betegek kiválasztása nem szerint történt, egy, a váróban lévő férfi és egy női beteget kellett a kérdezőnek véletlenszerűen kiválasztania. Az eredeti elképzelés az volt, hogy a lekérdezés helyszínéként szolgáló házi orvosi körzetek a településtípus (megyeszékhely, város) számarányának megfelelően kerülnek kiválasztásra. Az OEP azonban csak a megyeszékhelyre és a többi településre vonatkozóan tudott adatokat rendelkezésre bocsátani, városokra és falvakra vonatkozóan nem (Hegy H. – személyes közlés).

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a házi orvosok száma 347 fő, ebből a megyeszékhelyen 73 (21%), a városokban és a falvakban 274 házi orvos dolgozik (79%) [12]. A mintába kerülő praxisok kiválasztásának egyik szempontja az volt, hogy a mintában a megyeszékhelyen, illetve egyéb településen működő praxisok aránya közelítse a megyei arányt. A kiválasztás másik szempontja az volt, hogy a kérdőívek felvételét végző főiskolai hallgatók lehetőleg az állandó lakóhelyükön végezzék a munkát. Összesen 60 házi orvosi praxis került kiválasztásra, 26 falusi (43,3%), 17 városi (28,3%) és 17 praxis a megyeszékhelyen (28,3%).

A kérdőív

A vizsgálat saját kérdőív felhasználásával történt, melynek szerkesztésében szociológus segítségét is igénybe vettük. A kérdőívet először főiskolás hallgatók bevonásával próbáltuk ki. A kérdőív kérdéseit az alábbi 4 fő témakörbe csoportosítottuk:

1. Demográfiai kérdések (nem, életkor, lakóhely, iskolai végzettség, foglalkozás).
2. Egyes életmóddal kapcsolatos témák.
3. Tanácsadás a betegnek.
4. Diplomás ápolók képzettségével, alkalmazásával kapcsolatos vélemények.

Az 1. témakör a válaszadóra vonatkozó adatokra kérdezett. A 2. témakör kérdései az alábbi témacsoportokra vonatkoztak: dohányzás, mozgás, táplálkozás, szenvedélybetegségek, környezethigiéné, szexualitás, betegségek korai felismerése, és az egészséges életmód. E kérdéskörökön belül további 3-5 konkrét témára vonatkozóan kellett megjelölni a válaszadónak, hogy a körzeti ápoló, diplomás ápoló és az orvos közül kinek a feladata lehet az adott témában tanácsokat, felvilágosítást adni a betegnek.

A 3. témakör a betegnek nyújtandó tanácsadást, annak gyakoriságát, esetlegesen hiányának okait kívánta feltárni. A 4. témakör kérdései a diplomás ápolók ismertségére és elismertségére vonatkoztak. A teljes kérdőív összesen 45, döntően zárt kérdést tartalmazott. A felmérésben háromféle kérdőívet használtunk, amelyeket a kiválasztott praxis orvosa, körzeti ápolója, és két beteg töltött ki. A három kérdőív csak az 1. és a 3. témakörben tartalmazott a válaszadó személyéhez igazított, értelemszerűen eltérő kérdéseket.

A megkérdezés

Kérdőbiztosként a Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szakának IV. éves nappali és levelező tagozatos hallgatói működtek közre. A kérdőívek kitöltése a válaszadók személyes megkeresésével történt. A borítékban lévő kérdőíveket az orvosok és a körzeti ápolók saját maguk töltötték ki, a kérdező jelenlétében. A betegek esetében a kérdőbiztosok töltötték ki a kérdőíveket a lekérdezés során. Előzetes instrukció volt az is, hogy az egyes válaszadók ne ismerjék meg egymás véleményét, így például nem tudhatta az orvos, hogy mit válaszol az ápoló és a beteg és fordítva. A kérdőívek felvétele 2002. június közepétől augusztus végéig tartott.

A kérdőívek feldolgozása

A kérdőívek feldolgozása Microsoft Excel program és Stata program segítségével történt. A demográfiai kérdések esetében az eredményeket leíró statisztikai módszerrel, százalékos formában összesítettük. Khi-négyzet (χ^2) próbát használtunk annak vizsgálatára, hogy van-e statisztikailag szignifikáns kapcsolat aközött, hogy mely adott csoport milyen besorolást végez, vagyis van-e a válaszadók egyes csoportjainak kialakult véleménye arról, hogy ki végezzen felvilágosítást.

Eredmények (kiemelt)

Terjedelmi okok miatt az eredmények közlése nem teljes terjedelmű, jelen tanulmányban csak a legfontosabb összefüggések bemutatására kerül sor. A felkeresett 60 praxis közül 40 praxisból érkeztek értékelhető kérdőívek. Ez 66,6%-os válaszadási aránynak felel meg. A visszaérkezett kérdőívek számát tekintve összesen 160 db kérdőív került összesítésre; ennek 50%-át egészségügyi dolgozók (40 házi orvos, 40 körzeti ápoló), 50%-át betegek (40 férfi és 40 női beteg) töltötték ki. A kérdőívek 47,5%-a (76) falusi, 32,5%-a (52) városi praxisból, 20%-a (32) a megyeszékhelyen működő körzetből érkezett.

Felvilágosítással kapcsolatos vélemények

Dohányzás

A dohányzás témakörében a dohányzás egészségre gyakorolt hatására, a leszokás lehetőségeire, a dohányzás és a terhesség, a dohányzás és szájhigiéné, illetve a passzív dohányzás veszélyeit illetően arra vonatkoztak a kérdések, hogy kinek a feladata a felvilágosítás. Az összevont eredményeknél mind az öt alkérdésnél a diplomás ápoló került a leggyakrabban megjelölésre, a házi orvosok 38,2%-a, és a körzeti ápolók 38,7%-a szerint. A betegek több alkérdésnél is az orvost választották a legmagasabb arányban, 39,9%-ban, második helyen azonban 39,1 százalékuk a diplomás ápolót jelölte meg (2. ábra).

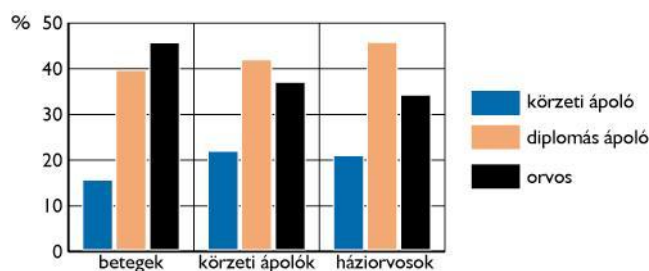


2. ábra – A válaszok megoszlása arra a kérdésre, hogy a dohányzás témakörében kinek a feladata a betegek felvilágosítása

Az orvosok megjelölése minden válaszadónál magas a diplomás ápoló után, ez azt tükrözi, hogy mindkét szakember kulcsfontosságú személye a felvilágosításnak. Ezek a választások az orvosban való bizalmat mutatják, illetve a diplomás ápoló ismeretlensége is feltételezhető. A férfi és női betegek összehasonlítása azt mutatta, hogy a női betegek az orvosokat preferálják inkább.

Mozgás

Ebben a témakörben azt kellett megjelölni, hogy az „ajánlott mozgásformák egészséges egyéneknek, szív-érrendszeri betegség esetén, mozgásformák gerinc betegség esetén, ízületi betegség esetén, illetve a mozgás során jelentkező, figyelmet érdemlő panaszok” területén kiknek a feladata a betegek oktatása. A diplomás ápoló megjelölése ebben a kérdéskörben is a leggyakoribb az összevont eredményeket tekintve. A házi orvosok 45,4%-a, a körzeti ápolók 41,6%-a, (mindkettő első helyen) a betegek 39,3%-a pedig második helyen a diplomás ápolót jelölte meg. A házi orvos és a körzeti ápoló a diplomás ápolót, a betegek csoportja pedig az orvost jelölte meg legnagyobb arányban (3. ábra). A χ^2 próba ($p=0,005$) statisztikailag szignifikáns kapcsolatot mutatott ki aközött, hogy mely válaszadó csoport milyen besorolást végez. A házi orvosok és a körzeti ápolók a diplomás ápolót jelölik meg, a betegek pedig az orvost.



3. ábra – A válaszok megoszlása arra a kérdésre, hogy a mozgás témakörében kinek a feladata a betegek felvilágosítása

Táplálkozás

A táplálkozás témakörében a konkrét kérdések arra vonatkoztak, hogy szív-érrendszeri betegség, cukorbetegség, vesebetegség, májbetegség, elhízás daganatos betegség, étvágytalan idős beteg esetén, illetve a családtagoknak adandó étkezési tanácsokkal kapcsolatban kitől várnak tanácsot. A diplomás ápoló feladatának jelölik meg a felvilágosítást a házi orvosok (43,3%), a körzeti ápolók (41,8%), és a betegek is (43,1%) (4. ábra). A χ^2 próba ($p<0,001$) szerint statisztikailag szignifikáns kapcsolat volt aközött, hogy mely válaszadó csoport milyen besorolást végez. A házi orvosok és a körzeti ápolók a diplomás ápolót jelölték meg, a betegek pedig az orvost és a diplomás ápolót is egyaránt választották.



4. ábra – A válaszok megoszlása arra a kérdésre, hogy a táplálkozás témakörében kinek a feladata a betegek felvilágosítása

Betegségek korai felismerése

Ennél a kérdéskörnél a magasvérnyomás tünetei, szélütés figyelmeztető tünetei, szív-érrendszeri betegségek kockázati tényezői, cukorbetegségekre utaló tünetek, daganatos betegségek figyelmeztető tünetei szerepeltek kérdésként. Összegezve megállapítható az, hogy a házi orvosok elsősorban orvosi feladatnak (43,7%), a közzeti ápolók diplomás ápolói feladatnak (40,6%), a betegek pedig orvosi feladatnak tartják (46,2%) a fenti témákban a felvilágosítást (5. ábra). A χ^2 próba eredménye ($p=0,006$) statisztikailag szignifikáns kapcsolatot mutatott ki aközött, hogy mely válaszadó csoport milyen besorolást végez. A házi orvosok és a betegek az orvost jelölték meg, a közzeti ápolók pedig a diplomás ápolót.

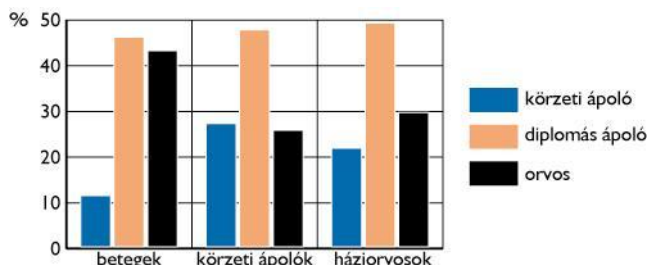


5. ábra – A válaszok megoszlása arra a kérdésre, hogy a betegségek korai felismerése témakörében kinek a feladata a betegek felvilágosítása

Egészséges életmód

Ebben a kérdéskörben a stresszkezelés, az önszerveződő betegcsoportok segítése, és a hozzátartozók oktatása az egyes betegségekről került megfogalmazásra. Összességében elmondható az, hogy a válaszadók a felvilágosítást leggyakrabban a diplomás ápolók feladatának tartják. A házi orvosok 49%-ban, a közzeti ápolók 47,5%-ban, a betegek pedig 45,9%-os arányban (6. ábra).

A házi orvosok minden kérdés esetében diplomás ápolói feladatnak tartják a fenti tevékenységeket. A χ^2 próba ($p<0,001$) szerint statisztikailag szignifikáns kapcsolat volt aközött, hogy mely válaszadó csoport milyen besorolást végez. A házi orvosok, a közzeti ápolók és a férfi betegek a diplomás ápolót jelölték meg, a női betegek pedig az orvost.



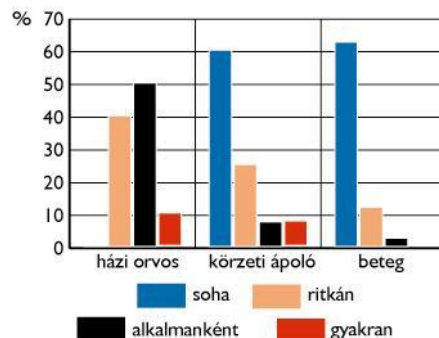
6. ábra – A válaszok megoszlása arra a kérdésre, hogy az egészséges életmód témakörében kinek a feladata a betegek felvilágosítása

Tanácsadással kapcsolatos vélemények

Tanácsadás

Ez a témakör arra kérdezett, hogy a rendelés során milyen gyakorisággal ad tanácsot betegeinek a betegségüket érintő életmóddal kapcsolatos kérdésekben az orvos, illetve mi a tapasztalata ebben a kérdésben a

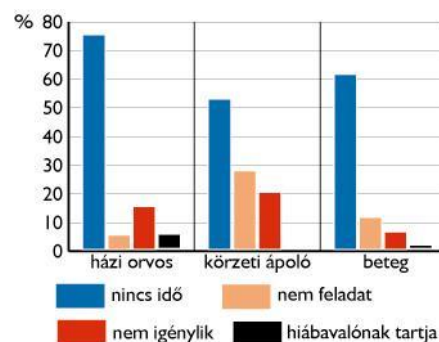
körzeti ápolóknak és a betegeknek. A házi orvosok 50%-ának csak alkalmanként van ideje tanácsot adni. 40% a „ritkán” kategóriát jelölte meg és csak 10% a „gyakran” lehetőséget. A körzeti ápolók ezt megerősítik: a házi orvos 60%-uk szerint „soha”, 25%-uk szerint „ritkán” ad tanácsot. A válaszadók 25%-a az „alkalmanként”, illetve a „gyakran” kategóriát jelölte meg. A férfi betegek 67,5%-a, a nőbetegek 57,5%-a szerint soha nem kapnak tanácsot az orvostól. Ez összevonva 62,5%-os arányt mutat (7. ábra).



7. ábra – A házi orvos tanácsadásának gyakorisága a házi orvosok, a körzeti ápolók és a betegek véleménye szerint

Tanácsadás hiányának oka

Arra a kérdésre, hogy „ha nem, vagy ritkán ad életmódi tanácsot betegeinek, mi ennek az oka?” a házi orvosok 70%-a azt válaszolta, hogy „nincs rá időm”, illetve 15%-uk szerint „nem érdeklődnek a betegek”. A körzeti ápolók ezt megerősítik: 52,5%-uk szerint „nincs rá a házi orvosnak ideje”, illetve 27,5%-uk szerint „nem a házi orvos dolga az életmóddal kapcsolatos tanácsadás”. A betegek véleménye szerint is az időhiány elsődlegesen a probléma forrása: a férfi betegek 65%-a és a női betegek 57,5%-a szerint „nincs a házi orvosnak rá ideje”. A férfi és a női betegek véleményének összevont aránya 61,2%-os (8. ábra). A többi válaszadási lehetőséget minimális mértékben választották, de elgondolkodtató, hogy egyes válaszadók szerint az orvos nem érzi feladatának a tanácsadást.



8. ábra – A házi orvos tanácsadás hiányának okai a házi orvosok, a körzeti ápolók és a betegek véleménye szerint

Diplomás ápolók képzésével, alkalmazásával kapcsolatos vélemények

Diplomás ápoló alkalmazása

Ebben a témakörben a diplomás ápolók ismertsége, elismertsége, presztízse volt kérdés. Arra a kérdésre, hogy alkalmazna-e diplomás ápolót, a házi orvosok 87,5%-a igennel válaszolt, ami magas aránynak minősíthető; csupán 12,5%-uk nem alkalmazna szívesen diplomás ápolót. Ha ezt a kérdést területi szempontból tovább elemezzük, kiderül, hogy az igennel válaszoló házi orvosok 45,7%-a falusi praxisban dolgozik. Eszerint a házi orvosok ismerik a diplomás ápoló alkalmazásának lehetőségét. A körzeti ápolók arra a kérdésre, hogy „helyesnek tartanák-e diplomás ápoló alkalmazását a házi orvosi rendelőben” 87,5%-ban igennel válaszoltak. A betegek arra a kérdésre, hogy „találkozott-e már diplomás ápolóval a házi orvosi rendelőben”, nemmel válaszoltak gyakrabban, a férfi betegek 87,5%-ban, a női betegek pedig 77,5%-ban. Ez nem meglepő, hiszen a mintában szereplő 40 körzeti ápoló közül csak két fő volt diplomás ápolói végzettségű (5%).

A diplomás ápoló képzettsége

A diplomás ápolók képzettségével kapcsolatban került a kérdőívbe az utolsó kérdés, amely arra irányult, vajon ismerik-e a válaszadó csoportok a főiskolai képzést. Arra a kérdésre, hogy „mire képezik ki a diplomás ápolókat

a 4 éves főiskolai képzés során?” a házi orvosok 90%-a megjelölte, hogy „ismerik a gyakoribb betegségek kezelési módjait, a prevenció, a rehabilitáció lehetőségeit”, és a női betegek is ezt választották gyakrabban. A körzeti ápolók 60%-a szerint „képesek segítséget nyújtani a hozzájuk fordulóknak és a gondozásukra bízottaknak az egészségügyi és szociális szolgáltatások elérésében”, melyet a férfi betegek is megerősítettek.

Megbeszélés

A kérdőíves felmérés összes eredményeként az állapítható meg, hogy a felvilágosítás témakör nyolc alkérdés csoportjából a *házi orvosok öt kérdéskörben* többségében a diplomás ápolóra bíznák a betegek tájékoztatását: a dohányzás, mozgás, táplálkozás, környezethigiéné és az egészséges életmód kérdéseiben. A szenvedélybetegségek, a szexualitás és a betegségek korai felismerése témákban inkább házi orvosi feladatnak érzik a tájékoztatást. Ennek hátterében valószínűleg több ok is állhat.

A körzeti ápolók hét kérdéskörben tartanak helyesnek, ha elsősorban diplomás ápoló végezne a betegek felvilágosítását. A házi orvosok által preferált öt kérdésen túl még diplomás ápolói feladathoz sorolták a szenvedélybetegségek és a betegségek korai felismerése témaköröket is, egyedül a szexualitás kérdésében érzik az orvosokat illetékesebbnek.

A betegek három kérdésben, a környezethigiéné és az egészséges életmód témákban várnak elsősorban diplomás ápolótól a felvilágosítást. A táplálkozás témakörében orvostól és diplomás ápolótól is szeretnének tájékoztatást kapni. A többi kérdés többségében leginkább orvosi felvilágosítást igényelnének. Statisztikailag szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a mozgás, táplálkozás, szexualitás, a betegségek korai felismerése és az egészséges életmód-kérdéseknél aszerint, hogy mely válaszadó csoport milyen besorolást végzett. Felmérésünk eredménye szerint a mozgás, táplálkozás és egészséges életmód kérdéseiben a felvilágosítás diplomás ápolói feladat, míg a szexualitás és a betegségek korai felismerése témákban ez elsősorban orvosi feladat a válaszadók véleménye szerint.

A tanácsadás gyakoriságát a házi orvosok leggyakrabban az „alkalmanként” kategóriával, a körzeti ápolók és a betegek pedig a „soha” válaszkategóriával jellemezték. A tanácsadás hiányának okaként minden válaszadó csoport az időhiányt jelölte meg. Az általunk kapott eredményekkel egybeesik az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézetének megyei vezető ápolónője által a betegek körében végzett felmérés [13]. A kardiológiai osztályokon ápolott betegek (n=126) 30%-a betegségével kapcsolatban senkitől sem kapott tájékoztatást.

A diplomás ápoló alkalmazásával kapcsolatosan felmérésünk alapján úgy tűnik, hogy a házi orvosok szívesen alkalmaznának diplomás ápolót, és a körzeti ápolók is helyesnek tartanak ezt. Ugyanakkor a felmérésben a diplomás ápolók aránya mindössze 5% volt.

A betegek nem találtak diplomás ápolóval válaszaik összessége szerint. Ez is azt mutatja, hogy a diplomás ápolók nem jelennek meg az alapellátásban, feltehetően azért, mert a házi orvos számára kedvezőbb az „olcsóbb”, alacsonyabb szinten képzett ápoló alkalmazása.

A diplomás ápolók képzésével kapcsolatban a házi orvosok a prevenció feladatokat végzését, a körzeti ápolók a segítségnyújtást és a gondozási munkát tartják fontosabbnak. A betegek mindkét alternatívát egyaránt kiemelik.

Vizsgálatunk eredményei szerint a diplomás ápoló számos témakörben mind az egészségügyi dolgozók, mind a betegek véleménye szerint jelentős szerepet vállalhatna a betegek, illetve a családtagok tanácsadásában. Ennek a legfőbb akadálya az, hogy a magyarországi hagyományok az egészségügyi alapellátásban csak az orvost ismerik el a betegekkel kapcsolatban álló, önálló rendelkezési joggal bíró szereplőként. Más országokban ugyanakkor az orvoson kívül más, megfelelően képzett szereplőknek is jelentős feladataik vannak a betegek képzésével, tanácsadásával kapcsolatban, sőt egyes vizsgálati (szűrő) módszerek alkalmazásában is. Erre példa *Finnország*, ahol az Észak-Karélia Programban [14] a hipertóniás betegek szűrését hipertónia ambulanciák végezték, amelyeket ún. közegészségügyi szakápoló (public health nurse) vezetett. Ezek az orvosi rendelők mellett, azzal egy épületben működtek, és feladatuk volt az orvoshoz bármilyen okból vizsgálatra jelentkezettek vérnyomás-mérésére, illetve a kezelt hipertóniások követése is. Célszerű lenne itthon is működtetni az orvosi rendelők mellett olyan, diplomás ápolók által vezetett rendeléseket, amelyek hipertónia és diabetes-szűrést, életmód vizsgálatot, életvezetési tanácsadást végezhetnének. Ehhez szükséges az is, hogy a jövő házi orvosa prevenció-orientált eszmény legyen, aki irányítja a csapatot (a diplomás ápolókat, a védőnőket, a körzeti ápolókat, a házi betegápolókat, a szociális gondozókat, gyógytornászokat) és delegálja a feladatokat a diplomás ápolónak. Ezeknek a rendeléseknek szükséges illeszkedniük a teljes egészségügyi ellátás rendszerébe, megfelelően kialakított szervezeti és anyagi feltételekkel. Finnországban az egészségügyi alapellátás Egészségügyi Központokban történik [15]. Az egészségügyi központok eleinte a már meglévő intézményekből alakultak ki, helyi orvosi rendelők, helyi kórházak részlegeiből, melyeket célszerű módon kiegészítettek. Egy központ általában mintegy 10 000 lakost lát el. A legtöbb egészségügyi központban 4-6 orvos dolgozik, minden orvosra 11 fő egyéb képesítésű egészségügyi munkatárs jut. Működtetnek kislaboratóriumot, rtg-diagnosztikai laboratóriumot, fizioterápiát is. Fektetőrészegük is van, itt történik a kórházakból hazabocsátott betegek rehabilitációja. Az Anya és Gyermektanácsadók a központok szervezetén belül helyezkednek el, szétszórtan a lakosság közelében, gyermekkocsival elérhető távolságban. Az egészségügyi centrum szülésznői és ápolói a

tanácsadóval szoros funkcionális kapcsolatban dolgoznak. A tanácsadók népszerűségét a magas megjelenési arányszám és az eredmények igazolják. Az egészségügyi központok munkájában nagy jelentőséggel bír az egészségnevelés. Ezt nem általános formában, hanem speciális területekre szervezik és alkalmazzák. Ilyen például a szervezett családtervezési témájú tanácsadás, de ide sorolható a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegséget megelőzését célzó tanácsadás is. Az iskola-egészségügyi ellátás is a központok kötelessége. Szolgáltatásaik közé tartozik a mentálhigiénés és szociálpszichiátriai munka is. A központ szervezi a munkaegészségügyi és a betegellátási feladatokat is. A betegápolók gyakrabban keresik fel az ápoló betegeket, mint az orvosok. Az egészségügyi ellátás első vonalában arra törekszenek, hogy a munka nagyobb hányadát ápolók, szülésznők és pszichoterapeuták végezzék, akik az alapellátásban működő orvosok által vezetett teamek személyzetéhez tartoznak. Így az ápolók olyan munkát is elvégeznek, amely Magyarországon orvosi feladat. A közegészségügyi-prevenációs ápolók (public health nurse) szervezik a szűréseket, adják a védőoltásokat, gondozásba veszik a hipertóniás betegeket, és gyógyászati segédeszközökkel látják el az arra rászorulókat. A szülésznők gondozzák a normál terheseket.

A brit alapellátási rendszerben a szolgálatok a családorvosok köré tömörülnek [16]. Egy épületben 2-6 családorvos rendel. Ebben az épületben foglal helyet a fogadó és írnok személyzet, a praxis-nővér, a gyógyszerész, a praxis-menedzser, a szülésznő a védőnő is. Kiemelendő, hogy a praxis-nővér külön rendel, más, az orvosától független helyiségben is, és kizárólag ápolási, felvilágosítási tevékenységet folytat. Az ő feladata a vérnyomásmérés, a vérvétel, a védőoltások adása, a szűrési és diagnosztikai vizsgálatok kivitelezése (EKG, oscillometria), néhány krónikus betegségre (asthma, diabetes) tartósan szedett gyógyszerek receptjeinek, illetve ápolási eszközök, segédeszközök felírása, életmódbeli és ápolási tanácsadás [17]. A körzeti ápolónők szoros kapcsolatban állnak a rendelőkkel, bár tevékenységüket a betegek otthonaiban folytatják. Munkájukat egészségügyi szolgálatok által kidolgozott standardok alapján végzik. Tevékenységi körük és kompetenciájuk végzettségüktől, beosztásuktól és gyakorlatuktól függ. Az ő tevékenységüket egészítik ki a kötöző nővérek, akik hosszan tartó sebkezelésre szakosodtak, illetve a MacMillen nővérek, akik a daganatos betegek gondozásában vesznek részt. Ezen kívül jelen vannak az alapellátásban a közösségi pszichiátriai ápolók, akik a betegek otthoni gondozását végzik. Team tagok még a gyógyfoglalkoztató nővérek, akik mind a gyermek, mind a felnőtt lakosság rehabilitációjához járulnak hozzá. Az alapellátási szolgálatok működését nagyszámú önkéntes segíti szervezett formában. Az Egyesült Királyságban az alapellátás körébe tartozik a háziorvosi és otthonápolási szolgálatokon kívül az iskola-egészségügyi, fogászati, audiológiai, munka-rehabilitációs, ortopédiai, dietetikai, szociális, tanácsadói és gyógyszerügyi szolgálat is. Az ellátás során közösségorientált szemlélet valósul meg, amely a legmodernebb ellátási irányelv Európa alapellátási rendszerében.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy Magyarországon az ápolóképzés a nyugat-európai országok rendszerének megfelelő. Az egészségügyi főiskolákon a diplomás ápoló hallgatói létszám – elsősorban a levelező tagozatokon – dinamikusan emelkedik. A kiadott oklevelek száma 1994 és 2001 között összesen 2637 db volt, ennél többen vesznek részt a diplomás ápoló képzésben jelenleg [6].

A felmérésünk tanúsága szerint a diplomás ápolók elfogadottsága, nyitottság a betegekkel való kapcsolatukra mind az egészségügyi szakemberek, mind a betegek részéről létezik. Így alapvetően fontos lenne, hogy ez a most már létszámát tekintve is súlyt képező humán erőforrás a jelenleginél nagyobb létszámban megjelenjen az alapellátásban, hiszen, mint az a felmérésből is kiderült, a háziorvosok nem zárkóznak el, szívesen fogadnák, alkalmaznák a diplomás ápolókat. A probléma részben a hagyományokban, részben a finanszírozási rendszerben gyökerezik, amely ellenérdekeltté teszi a háziorvost abban, hogy magasan képzett – és ezért drága – diplomás ápolót alkalmazzon.

A diplomás ápoló „drágasága” azonban viszonylagos. Lényegesen drágább lenne a jelenleg létezőnél sokkal több alapellátási körzetet létrehozni és azokban orvosokat alkalmazni, hogy az alapellátás orvosainak jelenlegi túlterheltségén, a rendelők zsúfoltságán enyhíteni lehessen, több időt biztosítva az orvosnak a betegekkel való személyes foglalkozásra, a tanácsadásra, az egészségnevelésre. Hasonlóan drága, bár kevésbé nyilvánvaló a másik megoldás: a magára hagyott, kellően nem tájékoztatott beteg, aki megfelelő ismeretek, tájékoztatás, konzultációs lehetőség nélkül nem tud olyan módon kontrollt gyakorolni az életmódja, egészsége/betegsége fölött, amely állapotának maximális javulását biztosítaná. Az egészségügyi alapellátás egyik alapelve, a megfizethetőség megkívánja, hogy olyan dolgozók lássák el a feladatokat, akik hatásosan és a legkisebb költséggel képesek elvégezni azokat. Ebből a szempontból is a diplomás ápolók az egészségügyi rendszer eddig kellően ki nem használt „hadosztályát” képezik, kompetenciájuk kiszélesítésével az ellátás minden szereplője hatékonyabban végezhetné feladatát.

A diplomás ápoló képzésben hangsúlyt kell kapnia annak a specializációs iránynak, amely az alapellátásban való hatékonyabb működésüket szolgálja. A családgondozó ápoló szakirányú továbbképzési rendeletben megfogalmazásra került, hogy „a képzésben résztvevők egészségügyi team tagjaként képesek együttműködni az egészségfejlesztés, betegség-megelőzés, korai betegség-felismerés, gyógyítás, ápolás, gondozás és rehabilitáció területén az egészségügy egyéb szakterületein dolgozó szakemberekkel”, [18]. Egyértelmű tehát, hogy a diplomás ápolók szerepe jelentős a népegészségügy e területén, helyük és szerepük meghatározó lehet az alapellátásban, ha nagyobb létszámban, a jelenleginél szélesebb tevékenységi körben alkalmazzák őket. Ezt

támasztja alá az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programban [19] megfogalmazott ún. *prevenció*s ápolói feladatkör (public health nurse) is, az a szakember, aki a praxisokban végezhetné a felvilágosítási, tanácsadási feladatokat. Ahhoz, hogy a fentieket elérjük, Fodor József gondolatainak követésére is szükségünk lesz: „A legjobb eszmék is akkor érnek valamit, ha a tettek órájában nem feledkeznek meg róluk. Ki hazáját, nemzetét híven szereti, az elkövet mindent, hogy a nép egészsége javuljon...”

Irodalom

1. Az Ottawai Egészségmegőrzési Karta, Nővér, 7 (3), 28-34, 1994.
2. The Ljubljana Charter of reforming health care, <http://hjem.get2net.dk/DetAabneAkademi/ljubljana.htm>
3. Az Alma-Ata-i Deklaráció. In.: Dr. S. Miller, H. Morrow: Az ápolás szerepe az alapellátásban, Melania Kft, Budapest 1998.
4. International Council of Nurses & World Health Organization (1979). Report of the workshop on the role of nursing in primary health care, Nairobi, Kenya, 1 October. Geneva.
World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000, Geneva, 1981. In.: Dr. S. Miller, H. Morrow: Az ápolás szerepe az alapellátásban, Melania Kft, Budapest 1998.
5. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv. (2000). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 34. o., 44. o., 47. o.
6. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv. (2001). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 44-45. o., 48.o., 140. o., 406. o.
7. World Health Organization: Division of Health Manpower Development, Report of a meeting on „Nursing in support of the goal Health for All by the year 2000,” 16-20 November, 1981, Geneva, 1982. In.: Dr. S. Miller, H. Morrow: Az ápolás szerepe az alapellátásban, Melania Kft, Budapest 1998.
8. HFA adatbázis, WHO Regional Office For Europe, Copenhagen, 2000.
9. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Statisztikai Évkönyv, 2000. Központi Statisztikai Hivatal Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Igazgatósága, 2000. 150. o.
10. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi. Szolgálat Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézetének nyilvántartása 2002.
11. Hegyi H.: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Pénztár.
12. Móricz I.-né, Dr. Kovács G.-né, Demeter A., Balogh N.: Kardiológiai osztályokon ápolott betegek véleménye a betegségükkel kapcsolatos tájékoztatásról Előadás: NETT IX. Nagygyűlés Nyíregyháza, 2002. április 11-13.
13. P. Puska., J. Toomilehto, A. Nissinen, E. Vartianen: The North Karelia project, 20 year results and experiences, Eija Kling Yliopistopaino, Helsinki 1995.
14. Dr. Szabadfalvi A. – Dr. Varga F. (1991). Finnország egészségügye. A Magyar Kórházszövetség kiadványa.
15. Balogh Z.,: A brit alapellátási rendszer ápolói nézőpontból. In.: Balogh Z., Dr. Dénes M. (szerk.) Alapellátás szöveggyűjtemény, Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 1998.
16. Watkins, D. (2001). Primary Care and the Promotion of Health, University of Wales College of Medicine, Cardiff Wales UK. Előadás, Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Nyíregyháza, 2001. november 9.
17. 25/2001. (VII. 25.) OM rendelet a családgondozó ápoló szakirányú továbbképzési szak képesítési követelményeiről, Magyar Közlöny 83, 6119-6120, 2001.
18. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010. Célprogram a népegészségügyi problémák megelőzésére Magyarországon. Egészségügyi Közlöny LI. 16. 2238-2322, 2001.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A sentinel nyirokcsomó kimutatásával nyert tapasztalatok

Bereczki Ferencné

Radiofarmakológiai szakasszisztens, Kenézy Kórház, Nukleáris Medicina Osztály, Debrecen

Emlőtumorok esetében rendkívül komoly prognosztikai értékű a sentinel (őrszem) nyirokcsomó szcintigráfia, mivel negatív esetben, mintegy 95%-os valószínűséggel azt jelzi, hogy a további axillaris nyirokcsomók is tumormentesek, „blokk-dissectio”-ra nincs szükség. Gyakorlatilag valamennyi emlőtumor eltávolításakor el kellene végezni ezt a vizsgálatot, ami a közeljövőben valószínűleg rutineljárássá válik. Az országban minden nukleáris medicina osztályon végezhető – és végzik is – mivel egyszerű módszer, csupán a megfelelő farmakont

(SENTI-SCINT) kell megrendelni hozzá, a műszerezettség adott. Emlőcentrum működtetése elképzelhetetlen enélkül, bár nagyon sok függ a sebészek hozzáállásától.

Osztályunkon 2001. második félévében vezettük be ezt a módszert. Nagy előnye, hogy a betegek semmi előkészítést nem igényelnek, a vizsgálatot a műtét előtti napon végezzük. Minden beteg alkalmas erre a vizsgálatra, sőt ez kötelező lenne, mivel egyszerű, gyors, olcsó és mellékhatása sincs. További előnye, hogy a használt izotópnak a felezési ideje 6 óra, ami azt jelenti, hogy a beadott mennyiség 6 óra elteltével a felére bomlik, így a sugárterhelés a beteg és a személyzet részéről is elhanyagolható. A beadáshoz 1 ml-es tuberculin fecskendő és a hozzá tartozó (25G 5/8) tűt használjuk. Egyedüli kellemetlenség a beteg szempontjából a szűrés az emlőbe, ezért használjuk ezt a kicsi és vékony tűt. Az általunk 2002. évben végzett 137 szcintigráfia közül mindösszesen 12,7% volt negatív.

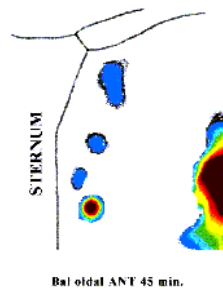
A módszer kivitelezése

A vizsgálati személy 100 MBq Tc-99m pertechnetattal jelzett humán szérum albumin kolloidot (Tc-99m-SENTI-SCINT) kap intracutan, egy szűrővel, de legalább három helyre az elváltozás köré. Ezek 200-600 nm méretű részecskék, nagyságuknál fogva igen lassan vándorolnak a nyirokerekből a nyirokcsomókba, ahol helyben marad. Az injectio beadását orvos végzi, asszisztensi segítséggel. A vizsgálatához NUCLINE AP gammakamerát használunk.

A beadást követően 45 perc elteltével a kóros oldalról felvételeket készítenek az asszisztensek AP, félférde és oldalirányból úgy, hogy a beteg hátra nyújtotta a karját, a beadás helyét egy ólomkoronggal letakartuk. Co-57 ellenőrző forrás segítségével állítjuk be az emlő alját és a hónaljvonalat.

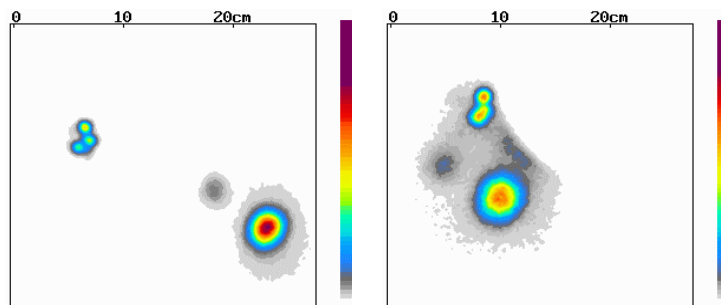
Kiértékelés (bejelölés)

A kirajzolódott nyirokcsomót a bőrön bejelöljük egy, a nukleáris medicinában használatos speciális víznek- és alkoholnak ellenálló filctollal, és ezt a kóros elváltozást – a bejelölésnél – másnap a sebész a műtőasztalon fekvő betegen intraoperatív gammaszondával megkeresi és eltávolítja. Amennyiben aktivitásfokozódás nem látszott, ezeket a felvételeket megismételjük 3 óra múlva, szükség esetén 24 óra elteltével is. Ebben az esetben azt tapasztaltuk, hogy a későbbi időpontokban sem mutattak pozitivitást (1. és 2. ábra).



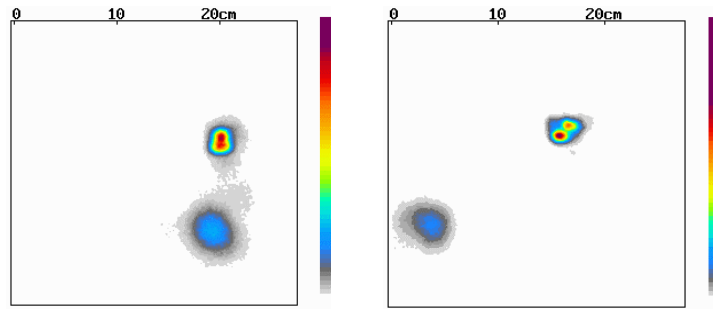
1. ábra

59. éves nőbeteg a bal emlőben tumorgyanús elváltozással. Az axillában nyirokcsomót nem találtunk, ellenben parasternalisan 5 db nyirokcsomónak megfelelő képlet ábrázolódott. Szövettani eredmény: carcinoma mucinosum mammae l.s. nyirokcsomó metastasisissal.



Jobb oldal ANT. LAT. 45 min.

Jobb oldal LAT. 45 min.



Bal oldal ANT. LAT. 45 min. Bal oldal LAT. 45 min.

2. ábra

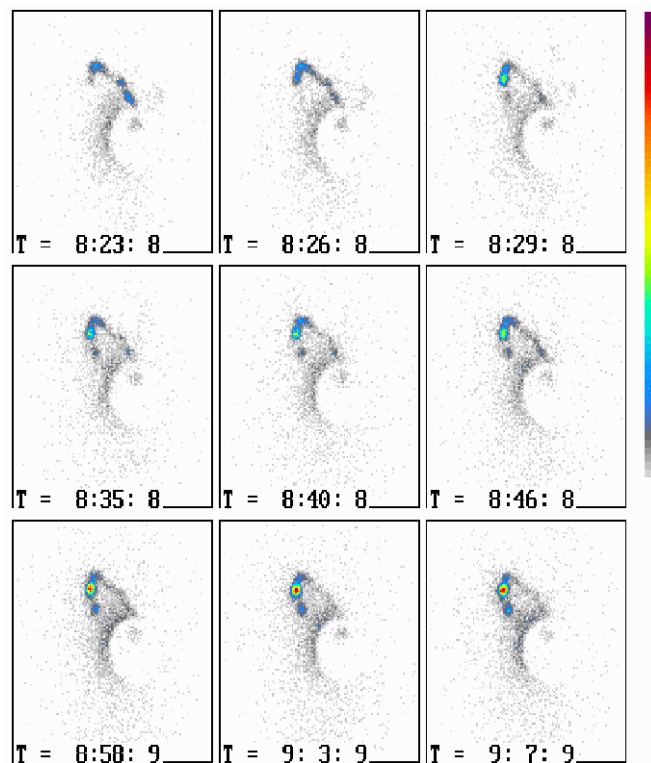
48 éves nőbeteg kétoldali tumorgyanús emlőelváltozással.

A jobb axillában 3, a balban 2 db nyirokcsomó ábrázolódott.

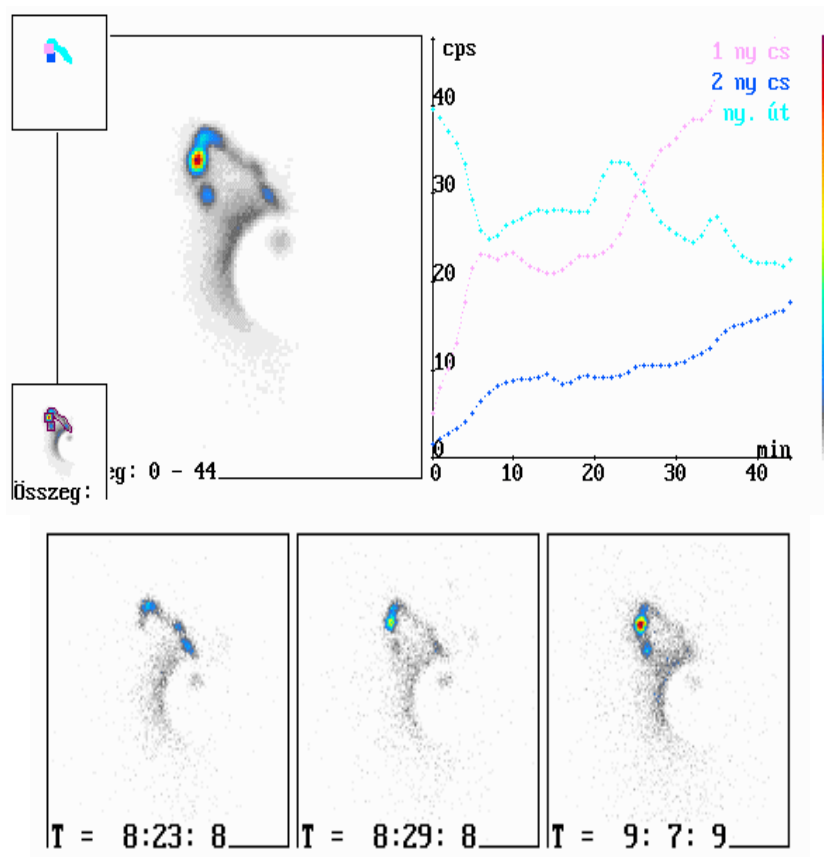
Szövetteni eredmény: carcinoma ductale invasivum nyirokcsomó metastasisissal.

A dinamikus vizsgálatot is kipróbáltuk 2003-ban, amit 40 percig készítettünk félferde irányból. Itt is alkalmaztuk az ólomkorongos letakarást, amit a szűrés helyén még rögzítettünk is. Az volt a tapasztalatunk, hogy pozitív esetben, a beadástól számított 8-10. percben már megjelent az aktivitás a kóros nyirokcsomóban. (3. és 4. ábra) Ebben az esetben is a pontos helyzet megállapításához, és a bejelöléshez, el kellett készíteni a hagyományos 3 irányú felvételt.

A 3. ábrán látható sorozatfelvételekből bizonyos időközönként kivett képeken a nyirokerekben megjelenő izotóp, majd a nyirokcsomóban a dúsulás. A 4. ábrán lévő grafikonról leolvasható, hogy a beadáskor megjelenik a nyirokerekben az izotóp (világoskék), majd lecsökken, ezzel egyidőben a nyirokcsomóban (sötétkék) viszont megemelkedik az izotóp mennyisége, ahogy a tumoros sejtekben bedúsul.



3. ábra



4. ábra

Következtetés

Tapasztalataink szerint az általunk alkalmazott módszer könnyen kivitelezhető, jól használható a sentinel nyirokcsomó lokalizálására. A bőrjelzés segíti a sebészt a nyirokcsomó megtalálásában és eltávolításában, ami hozzájárul, hogy az emlőtumoros betegek korrekt, a korszerű sebészi követelményeknek megfelelő ellátásban részesüljenek.

59. éves nőbeteg a bal emlőben tumorgyanús elváltozással. Az axillában nyirokcsomót nem találtunk, ellenben parasternalisan 5 db nyirokcsomónak megfelelő képlet ábrázolódott. Szövetteni eredmény: carcinoma mucinosum mammae l.s. nyirokcsomó metastasissal.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Előrelépés **KARRIER-LÉPÉSEK**-az ápolói életpályán és az elvándorlás: kritikus kérdések

Az ápolók nemzetközi tanácsának tájékoztatója^{2[2]}

Tartalom
Háttér

A karrierváltás és elvándorlás előnyei és veszélyei
Toborzási visszaélések
Elvándorlási trendek
Az ápolótoborzás etikai kerete
Kritikus kérdések
Összefoglaló

Az ápolók mindig is keresték és keresni fogják a szakmai továbbfejlődés lehetőségét. Az alapképzésüktől kiindulva a folyamatos továbbképzésen át, még a specializáció során is ~~a~~ **stimuláló**-az ösztönzést adó tanulási tapasztalatokat keresik, ~~egyaránt~~ elméleti és gyakorlati sikon egyaránt. Az újonnan megtanult egyéni képességek gyakorlatba való átültetése ezután már személyes céllá válik. Ezeknek a céloknak a megvalósítása gyakran csak ~~karrier módosítással~~ szakmai életpálya, a karrier módosításával, váltással lehetséges, új egységbe, más intézménybe vagy akár országba kell távozni hozzá.

A következő útmutatóval az Ápolók Nemzetközi Tanácsa az alábbiakat kívánja elérni:

- • ~~Rávilágítani~~ rávilágítani a karrier-váltás és elvándorlás ápolók számára előnyös és hátrányos oldalaira;
- • ~~Bemutatni~~ bemutatni a legfőbb elvándorlási trendeket; és
- • ~~Megfontolásra~~ megfogalmazni egy sor ~~ajánlani~~ kritikus kérdést, amelyeket egy állásajánlat elfogadása előtt meg kell fontolni. ~~ek sorozatát, mielőtt egy állásajánlatot elfogadunk.~~

Háttér

A jelen dokumentum keretében *szakmai fejlődésként* definiáljuk a magasabb szintű tudás, képességek és kompetencia elsajátítását, amelyek a klinikai gyakorlat, menedzsment, képzés-oktatás, kutatás, szabályozás illetve politikai döntéshozatal feladatainak ellátásához szükségesek.

A ~~karrier-fejlődés~~ *karrierfejlődés* alatt a szakmai foglalkoztatásban bekövetkezett előrelépést értjük. Ezt legtöbbször a megváltozott elismerés (pozíció, ~~titulus-váltás~~ *titulusváltás*) és jutalmazás (fizetésemelkedés, más kedvezmények) fejezi ki, amelyek a munkaszerződésben is rögzítésre kerülnek.

A ~~karrier-váltás~~ *karrierváltás* a foglalkoztatásban bekövetkezett változást jelenti, ami jelenthet új munkahelyet, munkát, munkaköri leírást vagy státuszt, mint pl. egy szakképzett ápoló nappali tagozatos továbbképzése. A ~~karrier-váltás~~ *karrierváltás* éppúgy lehet előléptetés, mint lefokozás vagy oldal irányú elmozdulás is. Mindezek az ápoló más szintre vagy más területre történő elmozdulását jelentik, amelyekben az eddigétől eltérő funkciók dominálnak. A ~~karrier-mobilitás~~ arra utal, hogy milyen könnyen hajthatók végre, történnek meg a ~~karrier-váltások~~ *karrierváltások*.

Az ápolók szakmai és karrier-fejlődésének az egészségügy szerkezetével összhangban kell történnie, úgy, hogy az felfelé és oldal irányban is biztosítson karrier-mobilitást. A ~~karrier-váltások~~ *karrierváltások* egyaránt fontosak az ápolóknak és a társadalomnak, mert ezáltal az ápolók előbbre lépnek és jobban képesek az ápolást is a megváltozott igényekhez igazítani. A szakmai fejlődés útján az ápolók előtt számos lehetőség nyílik meg a ~~karrier-váltásra~~ *karrierváltásra*. A legfontosabb állomások az alábbiakban határozhatók meg:

- • ~~Regisztráció~~ regisztráció vagy felvétel egy képző intézménybe
- • ~~Belépés~~ belépés vagy újrafelvétel a munkaerő piacra
- • ~~Oldal~~ oldal irányú elmozdulás ugyanazon munkahelyen belül
- • ~~Felfelé~~ felfelé (vagy lefelé) való elmozdulás ugyanazon munkahelyen
- • ~~Felfelé~~ felfelé (vagy lefelé) való elmozdulás más munkahelyen (más körzet, más város/megye vagy akár ország)
- • ~~Más~~ más országba való elvándorlás
- • ~~Szektorváltás~~ szektorváltás (közalkalmazottból privát szektorba)
- • ~~Foglalkoztatottsági~~ foglalkoztatottsági státuszváltás (közalkalmazott, egyéni vállalkozó)

Minden egyes ilyen karrierváltás előnyökkel és hátrányokkal, lehetőségekkel és kihívásokkal járhat. Az ápolók sokszor hagyják figyelmen kívül a karrier-váltás anyagi konzekvenciáit. Noha ezeknek nem minden esetben kell előtérbe kerülniük, következményeik megfontolásra ajánlottak. A helyes döntéshozatal érdekében a lehetőségek és feltételek mélyreható vizsgálata szükséges.

A karrierváltás és elvándorlás előnyei és veszélyei

A karrier-váltások gyakran segítik hozzá az ápolókat személyes és szakmai céljaik eléréséhez, és ezzel az egész szakma kompetenciájának növeléséhez is hozzájárulnak. Lehetővé teszik, hogy az ápolás a tudományos, társadalmi, politikai és gazdasági változásokra reagáljon azáltal, hogy kiterjeszti az ápolók szerepkörét és összetételét az egészségi szükségletekkel összhangban. A legtöbb esetben a karrierváltás az alábbi lehetőségeket nyújtja:

- • szakmai fejlődés
- • karrierfejlődés vagy előrelépés
- • megnövekedett életminőség

- • nagyobb munkahelyi elégedettség
- • a szakértői tudás elismerése
- • magasabb önbecsülés
- • szélesebb befolyásolás gyakorlása
- • fontos tanulási/képzési lehetőségek, és/vagy
- • multidiszciplináris szemlélet.

Röviden, a karrierváltások gyakran hátráltatják vagy segítik a szakmai fejlődést. Utóbbiak növelhetik az elégedettséget és az ápolási gyakorlat minőségét, miközben támogatják az ápolók toborzását és pályán tartását is.

A karrier–mobilitást a leggyakrabban pozitív megerősítésként szoktuk értékelni és fogadni. Azonban a lehetséges veszélyeket sem árt felismerni. Létezik bizonyíték arra nézve, hogy a karrier-váltás előnytelenül érinti az ápolókat foglalkoztatásuk és akár nyugdíjazásuk során. A nemzetközileg vándorló ápolók különösen sérülhetnek akkor, amikor más országban végzett tevékenységük feltételeit próbálják meg megerősíteni. Az alábbi táblázat a legfontosabb [kérdéseket](#) kérdéseket gyűjti össze.

Probléma	Feltehető oka
Csökcent jövedelem	<ul style="list-style-type: none"> • • Nyugdíj-megtakarítás-Nyugellátás elvesztése • • Az évek után járó illetmény elvesztése • • Hűségjutalom elvesztése • • A kiegészítő pótlékok elvesztése (veszélyesség) • • A továbbképzés el nem ismeréséből származó fizetésemelés elvesztése • • Nyugdíjjáradék–változás (emelkedés) • • Nyugdíjbiztosítási tervezet változása (korlátozott fedezet) • • A nyugdíj alapba fizetett összeg elvesztése • • A nyugdíj alapban való részvétel kizárása • • Gyermekek/házastárs után nyújtott támogatások elvesztése • • Adminisztratív akadályok (késelem/nemtörődömség) a megfelelő beadványok, kérvények terén
Alacsonyabb szakmai státusz	<ul style="list-style-type: none"> • • A gyakorlathoz szükséges speciális készségek, képzettség el nem ismerése • • A külföldön szerzett diplomák, végzettségek el nem ismerése • • A továbbképzésben szerzett kreditek el nem ismerése • • Az addig megszerzett munkaköri tapasztalat, készségek el nem ismerése
A személyes biztonság fenyegetettsége	<ul style="list-style-type: none"> • • Rossz munkahelyi körülmények • • Rossz létszámbeosztás • • A személyzet nem megfelelő irányítása, támogatása • • Nem megfelelő felszerelés • • Általános elővigyázatosság be nem tartása • • Nem kielégítő elhelyezés, szállás • • Nem világos, nem etikus fizetés • • Kulturális összeférhetlenség • • Fokozott fizikai vagy érzelmi zaklatás veszélye (szexuális/etnikai zaklatás, verbális támadás, kiközösítés)

A gyakran és ciklikusan visszatérő nemzetközi ápolóhiányra válaszképpen megnövekedett a helyi és nemzetközi toborozó ügynökségek forgalma és a profit-termelés esélye. A privát, haszonérdekelt, ápolók toborzására specializálódott ügynökségek egyre mélyebben vesznek részt az ápolók felkutatásában. Természetesen a nemzeti egészségügyi szolgálatok és az egészségügyi intézmények függetlenül is részt vesznek a toborzásban. Egyes esetekben az etikátlan, lelkiismeretlen ügynökségek és munkáltatók súlyosan kihasználják a rosszul informált ápolókat [súlyosan kihasználják](#).

Toborzási visszaélések

Az agresszív toborzó kampányok száma egyre növekszik. Ez a fajta toborozás nagyszámú munkaerőt céloz meg, nem ritka, hogy kimeríti egy teljes intézmény munkaerő háttérét, vagy egy képző intézményből csábítja el a végzős hallgatók többségét. Általában nincs kijelölt szervezet, amely az így felkínált szerződések tartalmát ellenőrizné. Előfordulhat, hogy az ápolókat hamis feltételek szerint [foglalkoztatják](#) foglalkoztatják, vagy

félrevezetik őket a várható munkahelyi körülmények és ~~ellátás~~ellátás, illetve fizetség tekintetében. A nemzetközileg toborzott ápolók ki vannak téve a visszaélés veszélyének, hiszen a munkaszerződés feltételeiről a távolság, a nyelvtudás és egyéb akadályok miatt egyre nehezebb meggyőződni. Néhány példa a ~~A~~-visszaélésekre ~~íme néhány alábbi példa:~~

- • rejtett költségek (a toborzó iroda díja)
- • többszörös rejtett költségek (a toborzó és munkáltató is díjat kér)
- • félrevezető, hamis információk (szállás, fizetség, stb.)
- • nem arányos szállásdíjak
- • nem fizetés vagy eltérés a szerződéstől (pl. hazaút ki nem fizetése)
- • a panaszemelés útjának elzárása
- • a betanítási periódus alatti nem fizetés
- • előre meg nem határozott munkafeltételek (szabadság, szerződés lejárta, biztosítás, stb.)
- • előre meg nem határozott munkakör (fertőző osztály védőfelszerelés nélkül)
- • zaklatás, korlátozó magatartás (útlevel elvétele, új szerződési feltételek kieroszakolás megérkezés után)
- • rejtett vagy nem meghatározott büntetések (büntetés fizetése, ha szerződésbontás történik a lejárat előtt)
- • a szerződésfelmondás, megszűnés hiánya a szerződés szövegében.

Sok esetben a karrier-váltás (beleértve a nemzetközi foglalkoztatottságot is) javítja az ápolók életminőségét és pozitív lehetőségeket kínál a szakmai fejlődésre. Az ápolók karrier-váltásának azonban tájékozottságon alapuló döntésnek kell ~~legyen~~lennie. A már foglalkoztatott vagy állást kereső ápolóknak hozzá kell férniük azokhoz a képviselői szervezetekhez (szakmai szervezetek, szakszervezetek, stb.), amelyek segítenek biztosítani, hogy emberi és munkavállalói jogaik ne sérüljenek.

Elvándorlási trendek

Az elvándorlás jellemző iránya a vidék felől a város felé, az alacsonyabb jövedelmű városi közösségek felől a gazdagabb negyedek felé, illetve a fejlődő országokból a fejlett országokba. Az eddigi nemzetközi elvándorlási áramlat változáson megy keresztül, legalábbis a tekintetben, hogy a munkaerőt adó országok a fejletlenebb térségekhez tartoznak. Az elvándorlás már régóta nemcsak a fejlett országok munkaerő cseréje (Észak-Amerika és Európa között), egyre inkább Ázsia, Afrika és a ~~Karib~~karib-tengeri térség is csatlakozik. Az adott földrajzi régióban tapasztalható elvándorlást leggyakrabban gazdasági tényezők határozzák meg (pl. a ~~Szahara~~Szaharától délre fekvő ~~alatti~~afrikai térségben). A legtöbb fejlődő országban azonban az elvándorlás legegységesebb és egyetlen oka gazdasági természetű.

Széles az egyetértés abban, hogy az ápolók az alábbi három ok legalább egyike miatt vállalják az elvándorlást:

- • jobb tanulás vagy gyakorlat lehetősége
- • jobb életminőség, fizetés és munkakörülmények és/vagy
- • személyes biztonság.

A nemzetközi elvándorlás mindig is létezett. Ezt tovább erősítik az ápoló és képzett személyzet iránt az iparilag fejlett országokban fellépő ~~ápoló és képzett személyzet iránti~~ igények (hiány) és a nemzetközi kereskedelmi szerződések. Az ápolók nemzetközi ~~ápoló~~ elvándorlásának előnyeit és hátrányait az alábbi táblázat ismerteti:

Az ápolók nemzetközi ápoló-elvándorlása	
Előnyök	Hátrányok
<ul style="list-style-type: none"> • • tanulási lehetőségek • • szakmai gyakorlat fejlesztése • • személyes és szakmai biztonság • • jobb munkakörülmények • • magasabb életminőség • • transzkulturális személyzet (pl. etnikai és vallási diverzitás) • • kulturális érzékenység/kompetencia • • ápolóbarát toborzás és szerződési feltételek elősegítése • • személyes fejlődés • • globális gazdasági fejlődés • • fejlettebb tudásbázis, „agy-nyereség” • • a származási országban maradt családtagok, hozzátartozók folyamatos eltartásának képessége 	<ul style="list-style-type: none"> • • agy és készségek „elszívása” • • intézmények bezárása a hiányzó ápolószemélyzet miatt • • túlóra- és terhelés-növekedés a hiány sújtotta ápolók körében területeken • • agresszív toborzás és „kihasználás” a foglalkoztatás során • • az elvándorlók sérülékeny státusza • • a humán erőforrás-fejlesztésbe fektetett nemzeti tőke elvesztése

Amikor a nemzetközi elvándorlásról gondolkozunk, figyelembe kell venni azt a finom egyensúlyi helyzetet, ami az egyes személy emberi és munkajogi szabadsága, valamint a munkavállalót exportáló ország kollektív egészségi állapota között áll fenn. Abban egyetértés van, hogy a fejlett ipari országok szakmunkaerő-hiánya miatt az agyelszívás folyamata egy bizonyos ideig fel fog gyorsulni egy bizonyos ideig. A nemzetközi elvándorlás pozitív hatásait elősegítő és a negatívakat csökkentő beavatkozások sikere azonban nagy mértékben függ az egyes országok társadalmi-technológiai fejlettségének színvonalától és szakmai valamint politikai vezetőik elkötelezettségétől a hosszú távú stratégiai megoldás érdekében. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa elismeri az ápolók egyéni jogát a szabad elvándorlásra, miközben hangsúlyozza ennek az egészségügyi ellátás minőségére gyakorolt hátrányos következményeit, különösen azokon a területeken, ahol az ápolóhiány kiemelkedő.

Az ápoló-toborzás etikai kerete

Egyre többen szorgalmazzák egy olyan keret megalkotását, ami az ápolók etikus toborzására szólít fel. Az ebben lefektetett elvek egyaránt hasznosak a nemzeten belüli és nemzetközi toborzási gyakorlat számára. Az elvek hitelessége, hatásossága és egyetemessége nagymértékben függ az egészségügyi szektort szabályozó erők politikai akarától, amellyel ezeket az elveket betartatják és nyomon követik.

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa elítéli az olyan etikátlan toborzási gyakorlatot, amely ápolókat kihasználva vagy félrevezetve kényszeríti őket végzettségüknek, képességeiknek és tapasztalataiknak nem megfelelő munkaköri felelősség felvállalására. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa és nemzeti tagszervezetei felhívást intéztek a szabályozott toborzási gyakorlat érdekében, amely lehetővé tenné a tájékozott döntéshozatalt, megerősítené a kormányzatok és munkaadók szilárd foglalkoztatás-politikáját, és támogatná a költséghatékony toborzást és munkaerő megtartást.

Ezek a legfőbb elvek a következők:

1. 1. hatékony humánerőforrás-tervezés és -gazdálkodás
2. 2. hiteles ápolásigazgatás, szabályozás
3. 3. teljes körű foglalkoztatáshoz való hozzáférés
4. 4. a helyváltoztatás szabadsága
5. 5. diszkrimináció-mentesség
6. 6. jóhiszemű szerződés
7. 7. egyenlő bérezés ugyanazon minőségért
8. 8. a panaszemelés lehetősége
9. 9. biztonságos munkakörülmények
10. 10. megfelelő (hatékony) orientáció, mentorok és felügyelet
11. 11. próbaidő
12. 12. a munkahelyi szerveződés, egyesülés szabadsága
13. 13. a toborzás szabályozása

Kritikus kérdések

A munkakörülmények minőségét számos egészségügyi intézményben jelentősen kell javítani ahhoz, hogy az üres álláshelyek és pályaelhagyók száma csökkenjen. Az ápolók elvándorlása és a ~~karrier-váltás~~karrierváltás tehát folytatódni fog, de etikus körülmények között a társadalom és az egyes ápolók is előnyösen élhetik meg. A ~~karrier-váltásokat~~karrierváltásokat azonban a legfontosabb érdekcsoportokat, ~~megbízható információk alapján~~ kell eldönteni, amely a legfőbb érdekszervezeteket is magába foglalja, és világossá teszi a szerződés-kötés ~~folyamatát~~folyamatát, a foglalkoztatás ~~feltételeit~~feltételeit, a jutalmakat és előnyöket, a várható költségeket és ezeknek az egyes ápolók jelen és jövőbeni életminőségére gyakorolt hatását világossá tévő, megbízható információk alapján kell eldönteni.

A kritikus kérdések alábbi gyűjteménye útmutatást nyújt ápolóknak azokról a problémákról, amelyekről előzetesen tájékozódni kell, információt kell szerezni.

1. 1. Milyen engedélye, referenciái vannak a toborzó ügynökségnek?

- • Van-e előélete, története az ügynökségnek?
- • Milyen a hírneve?
- • Van-e hivatalos engedélye erre a munkára?
- • Milyen eredményeket ért el eddig (hány jelentkezőnek talált állást)?
- • Mennyire voltak elégedettek ezekkel az állásokkal?
- • Milyen a gazdasági mérlege az ügynökségnek (sikeres, van bevétele)?
- • Kik a tulajdonosok, vezetők?
- • Milyen saját referenciákat mutatnak be munkájukról, eredményességükről?
- • Milyen partnerek szerződtek az ügynökséggel?
- • Milyen díjakat kérnek, és kinek kell fizetnie őket?

2. 2. Milyen engedélye, referenciái vannak a munkáltatónak?

- • Milyen beteg populációt kell ellátni, kik a betegek, hányan vannak?
- • Hogy néz ki a munkahelyi környezet, épületek, osztályok, felszereltség?
- • Milyennek tartják a helyi ápolók a státuszukat, fizetésüket és a munkakörülményeket?
- • Milyen a munkáltató biztonsággal kapcsolatos előélete?
- • Milyen szabályok vannak a biztonságra: fertőzések elkerülése, védőfelszerelés, erőszak elleni lépések?
- • Milyen gazdasági környezetben működik a munkáltató: állami, privát vagy mindkét szektorban egyszerre?
- • Milyen a gazdasági megbízhatósága a munkáltatónak: bevételi források, ágykihasználtság, költségvetési hiány mértéke az elmúlt években?
- • Milyen személyzetet foglalkoztatnak: végzettségek, számuk, pályán maradási idő?
- • Hol van a munkáltató épülete: város vagy vidék?
- • Milyen a munkahely környezetének (kerület) biztonsága?
- • Hogyan lehet a munkahelyre eljutni (közlekedés) a műszakok előtt és után?
- • Van lehetőség a család elszállásolására, az együttélésre, igényeik befogadására?
- • Hogyan tehet a személyzet panaszt a bánásmóddal kapcsolatban?
- • Milyen a munkáltató fellépése a munkahelyi szakszervezetekkel, egyesülésekkel kapcsolatban?
- • Milyen dokumentumokat, referenciákat kér a munkáltató?

3. 3. Mik a foglalkoztatás feltételei?

- • Milyen jogosítványokra van szükség ahhoz, hogy az országban/intézményben munkát vállalhassunk?
- • Ha kiegészítő képzésre van szükség, milyen támogatást kapunk a tanulásához, vizsgákhoz, tandíjhoz?
- • Ha kötelező a regisztráció, ennek mi a díja és ki fizeti?
- • Szükséges-e munkavállalási engedély? Ha igen, mi ennek a folyamata és ki állja a felmerülő költségeket?
- • Meg lehet-e hosszabbítani a munkavállalási engedély idejét? Ha igen, mi a feltétele ennek és mibe kerül?
- • Milyen a fizetés? Hogyan aránylik a minimálbérhez? Mi az ápolók átlagfizetése ezen a helyen hasonló munkakörben?
- • Mennyi adót kell a bér után fizetni?
- • Milyenek a munkakörülmények (munkaidő, pihenők, műszakok)?
- • Milyen támogatást/juttatást adnak (szabadság, tanulmányi/szülési szabadság, továbbképzés, egészségbiztosítás, nyugdíj, utazás, szállás, ruházkodás és tisztítás, gyermekgondozás)?
- • Van-e meleg étel (konyha) szolgálat és megfelelő öltözőhelyiség?
- • Milyen előléptetési lehetőségek vannak?

- Milyen segítő személyzet áll rendelkezésre a munkahelyen?
- Van-e valamilyen toborzási **bónusz**-juttatás és mi ennek a feltétele?
- Van-e valamilyen toborzási díj és mi ennek a feltétele?
- Ha szükséges az előzetes orvosi alkalmasság megállapítása, hol végzik ezt **el**, és ki fizeti ennek a költségét?
- Lesz-e szervezett eligazítás munkahely bemutatásával **i**-és a feladatok betanításával **betanítási idő**?
- Van-e próbaidő és milyen feltételekkel? Mi történik, ha nem sikeres a próbaidő?
- Van-e kötelező nyelvi készség, amit meg kell szerezni vagy igazolni kell?
- Mi a felmondás feltétele és a felmondási idő?
- Adnak-e támogatást a költözéshez és a hazatéréshez (különösen nagy távolságok vagy nemzetközi munkavállalás esetén)?
- Hogyan lehet a helyi vagy nemzeti szakmai szervezetekhez, szakszervezetekhez csatlakozni?

4. Milyen a munkaköri leírás?

- Milyen a beteg populáció?
- Milyen kompetenciák szükségesek?
- Mi az egy ápolóra jutó betegszám?
- Milyen a vezetés, döntéshozatal hierarchiája?
- Milyen cím jár az állással? **a megnevezésed?**

5. Mi a karrier-váltás következménye?

- Hogyan változik a bevétel?
- Hogyan illeszkedik ez a váltás a személyes karrier-fejlődési tervbe?
- Mi a váltás következménye a szakmai előmenetelre, fejlődésre?
- Mi a váltás eredménye a nyugdíj-követelményre (beleszámít-e a munkaidő, kereset, stb.)?
- Hogyan hat ki a váltás az újbóli beilleszkedésre régi **munkahelyünkön** munkahelyre, ha vissza kell **térjünk** térni oda (alacsonyabb lesze-e a visszatérő ápoló **pozícióba kerülünk majd** beosztása)?
- Mi a váltás következménye az egészségbiztosítás **unkra**?
- Ha a családtól távol kell **maradjunk** élni, milyen mértékű problémát okoz majd a honvágý?

Összefoglaló

A karrierváltások a munkahelyi elégedettség és szakmai fejlődés előmozdítói lehetnek. Sok esetben az életminőség javulását is eredményezik. Minden karrierváltás, akár a hazai vagy külföldi elvándorlás, jól meghatározható előnyökkel és hátrányokkal, kihívásokkal jár.

A kihasználás és zaklatás veszélye minden esetben fennállhat, ezeket azonban igyekezni kell elkerülni. A karrier-váltás akár negatívan is kihat az ápolók jelen munkakörülményeire és a nyugdíjazásukra. Egyes esetekben a munkahelyváltás kevesebb bevételhez, csökkent szakmai státuszhoz és meggyengült személyes biztonsághoz vezethet. A megfelelően tájékozott döntéshozatal a legjobb megelőzés. Tüzetes informálódásra van szükség minden esetben még a munkaszerződés aláírása előtt. **mielőtt a munkaszerződést aláíránk.**

A valóságghú információkhoz való hozzáférésben a szakmai szervezeteknek és a szakszervezeteknek részt kell vállalniuk. A helyi és a nemzeti szervezetek együttműködése biztosíthatja a valóságos helyzetkép kialakítását és a mindenkinek előnyös munkahely megtalálását. Ezeknek a csoportoknak alapvető szerepük van az ápolók és az ápolás érdekeinek védelmében.

Az ápolók elvándorlása az alábbi tényezők közül legalább eggyel összefüggésben áll:

- jobb tanulás vagy gyakorlat lehetősége
- jobb életminőség, fizetés és munkakörülmények és/vagy
- személyes biztonság.

A nemzetközi elvándorlás mindig is létezett és valószínű, hogy folytatódik a kereskedelem globalizációja **s egyezmények** és az iparilag fejlett országokban növekvő szakember-hiánya hatására. Az ápolás és a társadalom számára ebből számos előny származik. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa elismeri az ápolók szabad elvándorlásának egyéni jogát, ugyanakkor hangsúlyozza ennek az egészségügyi ellátás minőségére gyakorolt kedvezőtlen hatását, különösen a kritikus ápolóhiánnyal sújtott területeken.

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa és tagszervezetei felhívást intéznek a szabályozott toborzási gyakorlat érdekében, amely lehetővé tenné a tájékozott döntéshozatalt, megerősítené a kormányzatok és munkaadók szilárd foglalkoztatás-politikáját, és támogatná a költséghatékony toborzást és munkaerő megtartást.

A karrierváltásokat a legfontosabb érdekcsoportokat, a szerződéskötés folyamatát, a foglalkoztatás feltételeit, a jutalmakat és előnyöket, a várható költségeket és ezeknek az egyes ápolók jelen és jövőbeni életminőségére gyakorolt hatását világossá tévő, megbízható információk alapján kell eldönteni.

~~A karrierváltásokat megbízható információkra alaposan kell eldönteni, amelyben a kulcsfontosságú erőknél (szervezeteknek) felügyelniük kell a szerződéskötés menetét, a munkavállalás feltételeit, a díjakat és juttatásokat, illetve mindezek hatását az ápoló jelenlegi és jövőbeni életminőségére.~~

Azoknak az ápolóknak, akik a változtatást fontolgatják, az alábbiakat kell tudni:

- • Milyen engedélye, referenciái vannak a toborzó ügynökségnek?
- • Milyen engedélye, referenciái vannak a munkáltatónak?
- • Mik a foglalkoztatás feltételei?
- • Milyen a munkaköri leírás?
- • Mi a karrier-váltás következménye?

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az ápolók egészségmagatartása

Csatlós Imréné

diplomás ápoló, egyetemi ápoló hallgató, Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona, Óhegy

A vizsgálat célja: Kutatásom célja annak vizsgálata, hogy a diplomás ápoló hallgatók körében mekkora a szív és keringési rendszert érintő kockázat nagysága. Hogyan tudunk mi, ún. magasan kvalifikált diplomás ápolók hitelesen megfelelni feladatainknak, ha életmódunk nem tér el a betegeinktől?

Vizsgálati módszer és minta: Kérdőíves módszerrel történő adatfelvételt a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar diplomás ápoló, levelező szakos, IV. évfolyamos hallgatótársaim körében. A lekérdezéshez a CIBA-GEIGY gyógyszergyártó cég által összeállított tájékoztató füzetben található felméréslapot használtam, amelynek segítségével a hallgatók szív és keringési rendszert érintő kockázatának nagyságáról kaptam tájékoztatást.

Eredmények: A minta 4%-a férfi, 96%-a nő volt. A férfiak átlag életkora 33,75 év, a nők átlag életkora 34,72 év, a vizsgálatban résztvevők átlag életkora 34,69 év volt. A kiértékelésnél kis, közepes és nagy kockázat határozható meg. A nagyobb érték azt jelenti, hogy a betegség kifejlődésének valószínűsége nőtt meg. A megkérdezettek 58%-ának alacsony, 40%-ának közepes, és 2%-ának nagy kockázata volt szív-és érrendszeri betegség kifejlődésére.

Következtetés: A diplomás ápoló csak akkor lehet szerepmódel a lakosság szemében, ha saját egészségéért mindent megtesz, a rizikófaktorokat minimalizálja, megszünteti. A jelen vizsgálat eredményei szerint a hallgatói minta jelentős százalékánál életmódi váltás lenne javasolható. Ez kérdéssé teszi, hogy a napi gyakorlatban milyen hatással lehet egészségfelvilágosító munkájuk az általuk gondozott betegekre.

Bevezetés

Az ápolói hivatás bizonyos magatartásformát követel meg mindnyájunktól. Vajon megfelelünk-e az elvárásoknak? Az elvárásoknak, melyek alapja a betegközpontú ápolás. A betegközpontú ápolás során az ápoló stílusát a megértés, a probléma értékelése és a beteg reakcióira való érzékeny odafigyelés jellemzi. El kell fogadtatnia magát, ápolási céljait, törekvéseit a beteggel, létre kell hoznia a kölcsönös megbecsülés légkörét. Munkánk során mennyire vagyunk hitelesek? Mennyire tudunk pozitív példaképek lenni? Mennyire vagyunk kongruensek? Megfelelünk-e ennek a követelménynek mi, a betegágy mellett dolgozó diplomás ápolók? Elfogadjuk-e – önmagunkra nézve is kötelezőnek – mindazokat az egészségmegőrző, betegséget megelőző magatartásformákat, melyeket betegünknek delegálunk? Egyszóval, milyen a diplomás ápolók egészségi állapota? Mennyire vagyunk veszélyeztetettek, például a szív-és érrendszeri betegségek kialakulásának szempontjából? Ennek a kérdésnek a vizsgálatát, felmérését választottam kutatásom témájául.

Az egészségügy sokat tehet és tesz az egészségért, de a központi szereplő maga a beteg. Ezen elv előnye, hogy tudatosítja a betegben saját felelősségét és lehetőségeit állapota befolyásolásában. Segít elmélyíteni a bizalmat az ápoló-beteg kapcsolatban. Ez az egyetlen lehetőség, hogy a betegünk felelőséggel vegyen részt saját állapotának befolyásolásában. Ezeket a feladatokat azonban csak jól képzett, egészséges, a mindennapi munka során is következetes, kreatív tevékenységet folytató ápoló team tudja megvalósítani. Az ápoló csak akkor lehet modell, minta, példakép, ha saját egészségéért mindent megtesz, a rizikófaktorokat megszünteti, minimalizálja. Az

egészségnevelés során a páciens csak ekkor fogadja el a kapott információkat, és illeszti be a saját normarendszerébe.

Az egészségügyi kormányzat meghirdette a Johan Béla népegészségügyi programot, ugyanakkor az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” akcióterve nem nevesíti konkrétan az ápolás szerepét, holott az ápolónak igen fontos szerepet kell betöltenie a program céljainak megvalósításában, a lakosság egészségügyi állapotának javításában. Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatesökkentő magatartásformák elfogadásában. Az ápolás önálló funkciója többek között az egészségnevelés is. Ennek egyik leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás.

A társadalmi szemlélet még mindig közhelynek tartja az életmód, az étkezési szokások, az élvezeti szerek elhagyásával, illetve az önerőből megtartott egészség fogalmát. Az érbetegségek megelőzésében a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a helytelen táplálkozás következtében történő elhízás, a diabétesz, a hipertónia a legfontosabb rizikófaktorok (1. ábra és 1. táblázat)

Nem időszakos kampány, hanem szívós, kitartó, állandó egészségnevelés hozhat áttörést az életmód megváltoztatásában. Hangsúlyozni kell, hogy az életvitelben példát nem csak a család tud a fiatalabb nemzedékeknek nyújtani, hanem az egészségügyi szakszemélyzet is.

A vizsgálat célja

Kutatásom célja annak vizsgálata, hogy a diplomás ápolók körében mekkora a szív és keringési rendszert érintő kockázat mértéke. Az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

- •Diplomás ápoló hallgatók 40%-nál jelentős a szív és keringési rendszer megbetegedésének kockázata.
- • A rizikófaktorok 1/3-a életmóddal befolyásolható lenne, mivel ezeket a kockázati tényezőket az egyén életstílusa, szokásai szabják meg.

Koszorúér betegek vagy más atherosclerotikus betegségben szenvedők	Egészséges magas ISZB kockázatú egyének. A 10 éven belül kialakuló abszolút ISZB rizikó 20% vagy a beteg 60 éves korára előrevetett rizikó eléri a 20%-ot.
Életmód Ne dohányozzon, egészségesen étkezzon, növelje a testmozgást, érje el az ideális testsúlyt.	
Más rizikó faktorok Vérnyomás < 140/90 Hgmm, Koleszterin < 5.0 mmól, LDL koleszterin 3.0mmól/l. Amikor ezeknek a rizikófaktoroknak a célértékei életmód változtatással nem elérhetők, akkor használjon vérnyomás- és koleszterincsökkentő gyógyszereket.	
Más profilaktikus gyógyszer terápia	
Aspirint (legalább 75 mg) azoknak a koszorúér betegeknek, akiknek cerebrális atherosclerosis és perifériás atherosclerotikus betegségük van. β -blokkolót myocardialis infarctus után. ACE inhibitor, akiknek szívelégtelenségre utaló tünetek vannak myocardialis infarctus során, vagy krónikus bal kamra dysfunctio esetén (ejekciós frakció 40%). Antikoagulánsokat kiválasztott koszorúér betegeknek.	Aspirint (75 mg) kezelt magas vérnyomású betegeknek és különösen magas ISZB kockázatú férfiaknak.
A közeli hozzátartozók szűrése	
Szűrjük a korai koszorúér betegségben (férfiak 55 év, nők 65 év) szenvedők közeli hozzátartozóit.	Szűrjük a közeli hozzátartozókat, ha hypercholesterinaemia vagy más örökletes dyslipidaemia gyanítható.

1. ábra – Életmód és terápiás célok koszorúér betegeknél vagy más atherosclerotikus betegségben szenvedőknél és egészséges magas ISZB kockázatú egyéneknél

Rizikófaktor	Kockázat (%)	Prevalencia (%)	Kockázat / Prevalencia arány
Hypertonia	28,9	18,0	1,60
Obezitás	32,1	23,0	1,40
Hyperkoleszterinaemia	42,7	37,0	1,15
Dohányzás	25,0	25,5	0,98
Mozgásszegény életmód	34,6	58,0	0,60

(Prevalencia, a betegség gyakoriságának mennyiségi kifejezésére használt statisztikai mutatószám.)
Prevalencia (P): a betegek számát viszonyítjuk azon lakosok számához, melyből a betegek kikerültek.

$$\frac{\text{betegesszáma}}{\text{lakosokszáma}} \times K$$

K= konstans, ha értéke 100, akkor %-ban kapjuk a betegség gyakoriságát.

1. táblázat – A koronáriabetegség öt leggyakoribb rizikófaktorának szerepe a betegség kialakulásában

A vizsgálati munkamódszer

A vizsgálathoz a leíró statisztikai módszert, adatgyűjtéshez felmérőlapot használtam. A statisztikai adatokat egyszerű, összetett és kombinációs táblázatban és grafikonon mutatom be.

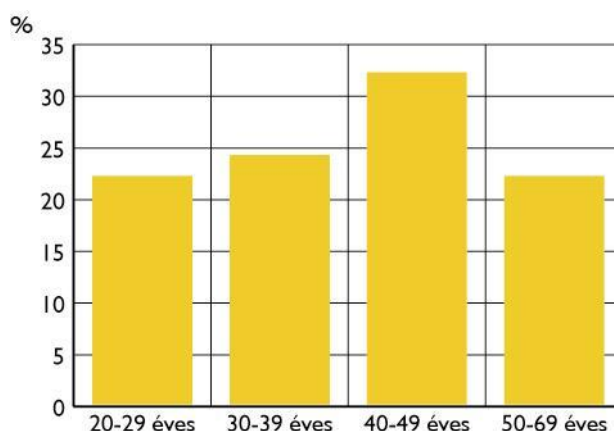
A vizsgálat menete

Munkámhoz felhasználtam a CIBA -GEIGY által írott tájékoztató füzetben levő felmérőlapot, amely segítségével a szív és keringési rendszert érintő kockázat nagyságáról kaphatunk tájékoztatást. A kutatásomat a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar diplomás ápoló, levelező szakos, IV. évfolyamos hallgatótársaim körében végeztem, főigazgatónöi engedéllyel töltve ki a felmérőlapokat. A zárt kérdésekre adott válaszok kiválasztása egyben pontszámot is jelentettek. Ezek összeadása után a vizsgált személy megtudhatta, hogy milyen mértékű a kockázata a szívbetegségek kialakulására. Az értékelésnél kis, közepes és nagy kockázat szerepel. A nagyobb szám pusztán azt jelenti, hogy a betegség kifejlődésének valószínűsége nőtt meg. Nincs két egyforma ember, ezért csak részletes kivizsgálás adhat pontos választ a páciens veszélyeztetettségének konkrét mértékéről.

A zárt kérdések sora után még két kérdés szerepelt a felmérőlapon. Az egyik a rendszeresen szedett gyógyszerek megnevezését kéri. A válaszból megtudható: kezelteti-e az esetleges kóros paramétert. Másodsorban, mivel a megkérdezettek igen nagy százalékban nők, fontos szempont, hogy hányan szednek hormontartalmú gyógyszereket fogamzásgátlás céljából. A másik kérdés észrevételek és javaslatok közlésére adott lehetőséget.

Életkor és nem szerinti megoszlás

Felmérő lapot 100 hallgató, 4 férfi és 96 nő töltött ki. A táblázatból leolvasható, hogy a férfiak átlagéletkora 33,75 év, a nőké 34,72 év, a vizsgálatban résztvevők átlagéletkora 34,69 év. (2. ábra)

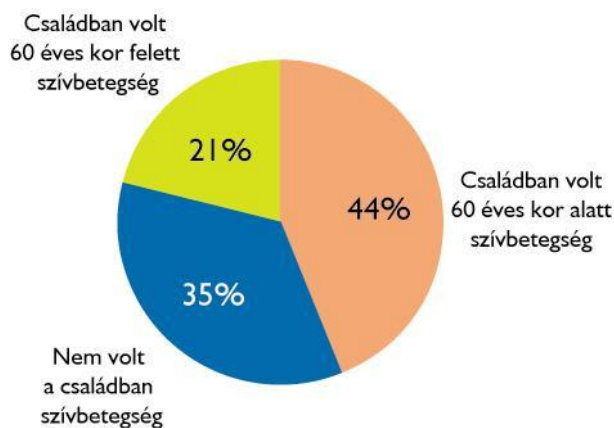


2. ábra –Diplomás ápoló hallgatók életkor szerinti megoszlása

A vizsgálati eredmények bemutatása

Családi előzmények (százalékos megoszlásban):

- 44%-nál: a családban előfordult 60 éves kor alatt szívinfarktus, szívbetegség, agyvérzés.
- 21%-nál: a családban előfordult 60 éves kor felett szívinfarktus, szívbetegség, agyvérzés.
- 35%-nál: a családban nem fordult elő szívbetegség



3. ábra – Családi előzmények a diplomás ápoló hallgatók körében

Személyes előzmények (százalékos megoszlásban):

- 99%-nak: nem volt sem szív-sem érmütétje, és nem tud szívbetegségről,
- 1%-nak: volt szív-mütétje.

Cukorbetegségben szenved, és inzulinkezelésben részesül:

- 1%-nak: volt diabetese,
- 2%-nak: volt gestatos diabetese,
- 99%-nak: nincs tudomása diabeteséről.

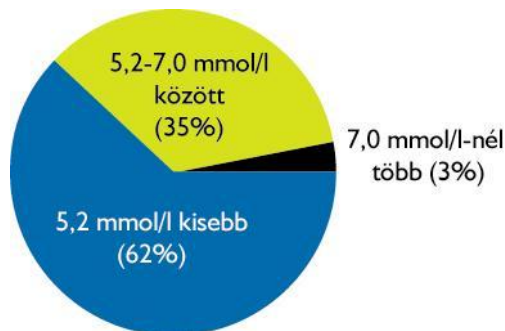
Dohányzási szokások (százalékos megoszlásban):

- 1%: kettő doboz naponta,
- 15%: egy-két doboz naponta,
- 30%: egy doboznál kevesebb,
- 46%: dohányzik,
- 4%: egy évnél kevesebb ideje szokott le,
- 5%: több mint egy éve leszokott,
- 45%: sohasem dohányzott,
- 54%: jelenleg nem dohányzik.

Koleszterinszint (százalékos megoszlásban):

- 62%-nak: koleszterinszintje alacsonyabb mint 5,2 mmol/l,
- 35%-nak: koleszterinszintje 5,2 -7,0 mmol/l között van,
- 3%-nak: koleszterinszintje 7,0 mmol/l fölött van.

A rendszeresen szedett gyógyszerek között nem szerepelt vérzsír csökkentő gyógyszer.



4. ábra – Koleszterinszint százalékos megoszlásban a diplomás ápoló hallgatók körében

Étkezési szokások

(értékelése százalékban kifejezve):

- 8%: naponta vörös húst és több mint két tojást fogyaszt, és rendszeresen zsírt, vaját, tejszínt és zsíros tejet használ az ételek elkészítéséhez.
- 22%: hetente 4-6-szor vörös húst, 4-7 db tojást és margarint, sovány tejterméket és kevés sajtot fogyaszt.
- 70%: nagyon kevés vörös húst és tojást fogyaszt, főleg baromfit, halat, margarint és a sovány tejterméket részesíti előnyben.

Vérnyomás értékének alakulása (százalékban kifejezve):

- 90%: vérnyomás értéke alacsonyabb, mint 140/90 Hgmm,
- 10%: vérnyomás értéke 140/90-160/100 Hgmm között van.

Tovább értékelve a kóros értékeket mutatók adatlapját:

10 fő: nem szed antihipertenzív szert (ez a kóros értéket mutatók 100%-a)

10 fő: koleszterinje nem fiziológiás, de közülük senki sem kezelte magát gyógyszeresen,

10 fő: élete nem stresszmentes,

9 fő: testsúlya nem ideális,

9 fő: heti rendszerességgel nem mozog,

10 fő: étkezési szokásai nem ideálisak.

A magasabb vérnyomás szintet mutató 10 személy közül kilencnél több rizikófaktor mutatható ki! Rizikófaktorok korrigálására sem nem gyógyszeres, sem gyógyszeres prevenció nem történik!

Testsúly érték (százalékban kifejezve):

- 51%: testsúlya ideális,
- 23%: túlsúlya 5-12 kg között van,
- 26%: testsúlya legalább 12 kg-mal több, mint az ideális.

Testmozgás gyakorisága (százalékban kifejezve):

- 19%: hetente háromszor vagy többször végez aktív testmozgást,
- 36%: egyszer -kétszer végez aktív testmozgást hetente,
- 45%: heti rendszerességgel nem végez aktív testmozgást.

Stressz megnyilvánulása (százalékban kifejezve):

- 41%: ingerlékeny, ideges a mindennapokban,
- 43%: türelmetlen, néha rossz a hangulata,
- 16%: nem siet, tud várni, nyugodtnak vallotta magát.

Kockázat mértéke százalékban kifejezve:

Életkor szerint	Kis kockázat	Közepes kockázat	Nagy kockázat
20-29 év	30	14	-
30-39 év	19	17	1
40-49 év	9	9	1
Összesen (%)	58	40	2

Következtetések, javaslatok

A hipotézisem, „a diplomás ápoló hallgatók 40%-nál jelentős a szív és keringési rendszer megbetegedésének kockázata” igazolást nyert.

A rizikófaktorok 1/3-a befolyásolható lenne, mivel ezek az egyén életstílusa, szokásai által erősen predestináltak -egyértelműen láthatók. Nem befolyásolható rizikó faktor: életkor, nem, a személyes és a familiárisan ismétlődő megbetegedések. Befolyásolható, az életmóddal, szokásokkal összefüggő rizikó faktorok a dohányzás, elhízás és a rendszeres testmozgás hiánya. Gyógyszerrel befolyásolható a hipertónia, a diabétes és a hiperlipidémia. A kutatás eredményei is ezt igazolták. A diplomás ápolók magasabb rizikóit a több kockázati tényező egyidejű megléte jelenti

Látva ezeket az adatokat, felmerült a kérdés: hogyan tudunk mi, úgynevezett magasan kvalifikált ápolók megfelelni feladatainknak?

Elemelve az életmódi és életviteli szokásokat, látható, hogy a rizikófaktorok egy része befolyásolható lenne, ha a megszerzett tudás birtokában egészségesebben élnénk, életstílusunkon, szokásainkon változtatnánk.

Feltehető a kérdés, hogy milyen egészségnevelő munkát tud végezni az az ápolási szakember, aki maga a legegyszerűbb egészségmagatartási normákat sem tartja be? Tovább gondolva a megállapítást úgyis feltehető a kérdés, hisz-e abban a megkérdoztetek többsége, amiről a betegét meg kell győznie?

Természetesen nem céloz elítélni senkit, vagy akár bármely tudományos irányzatot. A cél csupán felhívni a figyelmet a végtelenségekre. A probléma -több rizikófaktor halmozott hatása, mely már intő jel!

Vizsgáljuk meg, hogy mi lehet az oka annak, hogy a tudás birtokában tudatlan módjára viselkedünk? Talán mégsem drága kincs az egészség!?

Az egészségünk az, amit a végtelenségig lehet kihasználni (talán az is mondható – „kizsákmányolni”). A mindennapok sajnos erre kényszerítenek. De meddig?! A végtelenségig biztosan nem! Előbb-utóbb bekövetkezik a katasztrófa. A stressz-helyzeteket nem tudjuk kezelni, marad egyedüli megoldásként a búfelejtés, ami elvezethet akár a szenvedély-betegségek kialakulásáig is.

A primer prevenció, az egészségnevelés nem valósult meg teljes egészében. A megvalósulást gátolja a szinte ránk zúduló információ özön is, amely vagy félelmet kelt, vagy megfogalmazása miatt nem közérthető, vagy – ami még ezeknél is rosszabb – egymásnak ellentmondó információkat tartalmaz.

Nem állítom, hogy az életmód (szokások sora) változtathatatlan, azt sem hogy – az egészségnevelés hatástalan. Sőt hangsúlyozni szeretném, hogy a primer prevenciónak igen nagy a jelentősége, amelyet a születés pillanatától (talán inkább a fogamzástól!) meg kell kezdeni! Felnőtt korban már sokkal nehezebb, olykor igen komoly erőfeszítést igényel. Természetesen, azt sem mondom, hogy lehetetlen!

Igaz az is, hogy az egyén, egy adott társadalom tagja, akire a társadalom értékrendszere - például a pénz mindenhatósága - nehezedik, amelyet kivédeni igen nehéz.

Ezért tartom a legfontosabb feladatnak – melynek megvalósításához nem szükséges sem dollár, sem euro – az értelmes, meggyőző felvilágosító munkát, az egészségnevelő programot. Az egyén számára az egyenlő esélyt meg kell adni az életmód megfelelő megváltoztatásához. De ez már nemcsak az egészségügy feladata, hanem össztársadalmi erőfeszítést igényel.

Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázat csökkentő magatartásformák elfogadásában. Az egészségvédő és betegség-megelőző ellátás valósítható az egészségvédelem elsődleges, másodlagos és harmadlagos szintjén is. Tudjuk, adatok, tények bizonyítják, hogy az USA-ban és Finnországban átfogó, komplex intézkedésekkel sikerült az emelkedő epidemiológiai görbét megállítani, sőt visszafordítani.

Irodalom

1. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Magyar Közlöny 1997/119. sz.
2. A koszorúér betegség megelőzése a gyakorlatban. Az Európai és más Társaságok második Közös Munkabizottságának ajánlása a koszorúér betegség megelőzésére. A kiadványt fordította, szerkesztette: a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Családorvosi Tanszéke
3. Antaloczy Zoltán: Kardiológia. Medicina 1993 (395-470)
4. Árvai A. Bajkai L. szerk.: Kardiológia. SZOTE jegyzet (1996 (85-95 old.))
5. Balogh Zoltán – Dr. Dénes Margit Alapellátás és ápolástana. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar Budapest, 1999.
6. Bonnie Allbaugh: Belgyógyászati ápolástan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997. (51-179. p.)
7. Dr. Buda József: A betegápolás története. POTE Egészségügyi Főiskola (1994 (249-269 old.))
8. Cardiovascular. 2000. január 3. évfolyam 1. szám
9. Egészségügyi Szociális statisztikai Évkönyv.KSH 1996-1997-1998.
10. Dr. Gadó Klára-Gyulai Teodóra: Belgyógyászat és ápolástan. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar 1998.
11. Hunink G: Útmutató az ápolási elméletek tanulmányozásához. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1996. (21-31. old.)
12. Dr. Kancz Sándor: Az ischaemiás szívbetegek epidemiológiai és halálloki jelentősége a magyar lakosság körében. CARDIOSCAN 96/4 (4-10. old.)
13. Kardiológiai napok – Debrecen 1999. március 4-6. között. Bizonyítékokkal Alátámasztott Kardiológia – Evidence Based Cardiology. A kiadvány az EGIS Gyógyszergyár R. támogatásával készült.
14. Kardiológiai napok – Debrecen 2000. március 2-4. között. Új trendek a kardiológiában az ezredfordulón.
15. Kutatómunka az ápolásban – tankönyv és munkafüzet. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A tudományos eredmények kritikus értékelése – 3.

Bevezetés

Az egészségügyi döntéshozók, a finanszírozók és az egészségügyi szakemberek döntéseikben egyre nagyobb mértékben támaszkodnak az egészség-gazdasági és az egészségügyi technológiaelemzési eredményekre. Az egészségügyi technológia elemzés egészen a legutóbbi évekig viszonylag csekély mértékben alkalmazta az egészségügyi közgazdaságtan módszertanát, az egészség-gazdaságtani elemzések nem képezték részét technológiaelemzési jelentéseknek. Az egészség-gazdaságtan napjainkban ezen a területen is igen kiterjedten alkalmazásra kerül, ezért az eredmények alkalmazhatóságának tárgyalásánál a két terület együtt kezelhető.

Az Európai Unió valamennyi országában követelmény ma már, hogy a gyártó az egészségügyi technológiák, (pl. a gyógyszerek) esetén, a gyártási minőséggel (Quality - first hurdle), a biztonságossággal (Safety - second hurdle) és az ideális körülmények között mutatott hatásossággal (Efficacy - third hurdle) kapcsolatos információkat mind a gyógyszer bejegyzése során mind a finanszírozási (befogadási) folyamat (kérelem) indításakor mellékelje. Európában ez a feltétele az EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) által történő bejegyzésnek éppúgy, mint ahogyan hazánkban az OGYI (Országos Gyógyszerészeti Intézet) szintén megköveteli ezen információk rendelkezésre állását a szer regisztrációja során.

Jelenleg az Európai Unió országai közül az Egyesült Királyságban, Hollandiában, Svédországban és Franciaországban az egészségpolitikai, a szakmai (pl. irányelvek) és a finanszírozási döntések esetén az adott egészségügyi technológiáról (pl. gyógyszerekről) helyi adatok alapján számolt vagy számított (modellezett) hatékonysági és költség-hatékonysági adatok prezentálása is kötelező (effectiveness & cost-effectiveness - fourth hurdle). Ennek a bevezetése a többi Európai Uniós országban folyamatban van illetve mielőbbi bevezetését jelenleg készítik elő.

Az egészség-gazdasági és az egészségügyi technológiaelemzési elemzések célja ezen információs igények kiszolgálása mind a szakma, mind az egészségpolitika mind a finanszírozó számára. Az elemzések készítése azonban jelentős szakértelmet igénylő, költséges és időigényes tevékenység. Az utóbbi években sokat idézett, Európában a legnagyobb, Egyesült Királyságban található HTA intézmény a NICE (National Institute for Clinical Excellence) például fennállásának 3 éve alatt, 2002 végéig 50 HTA értékelést publikált, amelyben 74 különböző gyógyszer (a NICE gyógyszer csoportot és nem csak egyes gyógyszereket vizsgált) 94 gyógyászati segédeszközt (medical devices), 15 klinikai eljárást és 40 különféle klinikai kondíciót vizsgált. Ezek a számok az egészségügyben alkalmazott és újonnan beáramló egészségügyi technológia mennyiségétől jelentősen elmaradnak.

Egy-egy országban lehetetlen valamennyi új technológia vizsgálata, az egészség-gazdasági és az egészségügyi technológiaelemzési eredményeket más országokban is hasznosítani kell. Minél kisebb egy ország 'elemzési kapacitása', annál lényegesebb számára a nemzetközileg előállított eredmények hasznosítása.

Az egészségügyi technológiák rendkívül gyors fejlődésével és annak finanszírozási igényével hazánkban sem lehet lépést tartani. A költségvetésre nehezedő nyomás az eddigieknél hatékonyabb átgondoltabb forrásallokációt igényel. Ugyanakkor a közpénzekből történő finanszírozás esetén, össztársadalmi szempontokat figyelembe véve, olyan optimális összetételű, és támogatási szerkezetű ellátási csomagot kell kialakítani, amely a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával társadalmi szinten a lehető legtöbb egészségnyereséget eredményezi. Az ellátási csomag racionalizálása, átalakítása szisztematikus, folyamatos munkát igényel, de megalapozott döntések csak megalapozott információk alapján hozhatók, ami minden egészségügyi szereplő hosszú távú érdeke.

A különböző országok között azonban jelentős eltérések vannak az egészségügyi rendszer felépítésében, működésében és finanszírozásában, a szolgáltatók képzésében illetve az orvosok társadalmi státuszában. Különbözőek a megbetegedési és halálozási viszonyok esetenként jelentősen különböznek az árak és az árarányok. Eltér az egy főre jutó nemzeti jövedelem aránya, mások lehetnek a lakosság preferenciái, értékei.

A különbségek miatt az egyik országban elvégzett elemzések eredményeit általában problematikus a más országokban, a publikált formában, felhasználni. Az eredményeket alkalmazhatóságuk alapján meg kell különböztetni és a felhasználhatókat is adaptálni kell.

A fejezetben a szerzők egy általuk felállított 'check list' alapján azt mutatják be, hogy az egészség-gazdasági és az egészségügyi technológiaelemzési eredményeket hogyan lehet a készítésüktől eltérő közegben (más országban, más ellátási forma és populáció esetén) felhasználni.

C/ A gazdasági elemzések eredményeinek kritikus értékelése

Általános megjegyzések

A gazdasági elemzések eredményeinek értékelésekor három kérdésre célszerű választ adni:

- C. I. Megbízható, valid-e a gazdasági elemzés?
- C./ II. Hogyan történt a költségek és a következmények mérése és összevetése?
- C./ III.. Segítik-e az eredmények az egészségügyi szolgáltatások és technológiák vásárlását a helyi lakosság számára?

C/ I. Megbízható, valid-e a gazdasági elemzés?

C/1. A vizsgálat / tanulmány világosan megfogalmazott kérdésre keresi-e a választ? (Kérjük karikázza be a megfelelő választ.)
igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Világosan megfogalmazott a kérdés abban az esetben, ha pontosan tudható, hogy:

- - Mi a vizsgálat perspektívája?
- - Hány különböző lehetőség összehasonlítása történt meg?
- - Figyelembe vételre került-e mind a költség mind a következmény?

C/2. Valamennyi egymással versengő alternatíva megfelelően leírásra került-e? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)
igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

A döntési út (fa) világosan leírásra került-e?

- - Ki és mit csinált?
- - Kinek?
- - Hol?
- - Hányszor?

C/3. Szolgált-e a tanulmány arra nézve bizonyítékot, hogy a program hatékony? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)
igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Vajon RCT vagy szisztematikus áttekintés volt-e használatos; amennyiben nem akkor meg kell állapítani, hogy mennyire erős a bizonyíték.

C/4. A beavatkozás hatásának az azonosítása és értékelése megtörtént-e megfelelően?
igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

A hatás mérhető természetes egységekben (pl. életevek) illetve összetettebb mértékegységekkel (életminőséggel módosított életevek pl. QALY) illetve haszon pénzügyi megfelelőjével (pl. Ft.)

C/II. Hogyan történt a költségek és a következmények mérése és összevetése?

C/5. Valamennyi fontos és releváns forrás felhasználás felmérése megtörtént-e, valamennyi alternatíva esetén, megfelelő-e a alkalmazott mérték egység, és az értékelés is megfelelően történt-e meg? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)
igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Szempontok:

- - a gazdasági elemzés esetén mi volt a választott perspektíva?
- - A megfelelő mértékegység lehet például az ápolás ideje, orvosi vizitek száma, megnyert életevek száma stb.
- - Az értékelés megfelelő volt-e?
- - Hogyan történt az értékek származtatása?
- - A haszon-áldozat költséget figyelembe vették-e?

C/6. A költségek és a konzekvenciák vizsgálata során figyelembe vették-e azt, hogy ezek milyen időpillanatban történtek? (diszkontálás) (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)
igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

C/7. Mi volt a gazdasági elemzés eredménye?

Szempontok:

- - Mi volt a kiindulási helyzet (alapvonal)?
- - Milyen mértékegységet használtak? (pl. költség / életévnyereség, költség / QALY, nettó haszon)

C/8. Történt-e inkrementális költség és konzekvencia analízis valamennyi alternatív megoldás esetén? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

C/9. Történt-e megfelelő érzékenységi vizsgálat? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Valamennyi fő bizonytalansági tényezőt figyelembe vették-e a változók becslése során és figyelembe vették-e hogy ezek hogyan hatnak a gazdasági elemzés eredményére?

C/III. Segítik-e az eredmények az egészségügyi szolgáltatások és technológiák vásárlását a helyi lakosság számára?

C/10. Az ismertetett program azonosan hatékony lehet-e az Ön esetében az Ön területén (ország, megye, intézmény, osztály) is? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Figyelembe veendő szempontok:

- - A vizsgált populáció lényegesen eltérhet a saját populációtól.
- - A helyi egészségügyi ellátási körülmények lényegesen eltérhetnek a tanulmányban leírt körülményektől.
- - Melyek a legfontosabb komparátorok, olyan legjobban elterjed technológiák, amelyeket az adott új technológia részben vagy teljesen felválthat
- - Milyen, a köz által finanszírozott programok vannak ezen a területen amelyek eltérhetnek attól az országtól ahol a vizsgálat készült
- - Rendelkezésre állnak-e az új technológia bevezetéséhez szükséges források, kulturális adottságok és infrastruktúra?
- - Megvan-e a financiaális érdek (fee for service versus capitation / globális költség)?
- - Milyen az árszintek különbsége (a munkaerő költsége, berendezések és más technológiák költsége)
- - Milyenek a relatív árak? (gyógyszer / konzultációk/intézményi betegnap)
- - A költségszámítás metodikája (amortizáció számolásának a módszere, az általános költségek kezelése)

C/11. A költségadatok vonatkoztathatók-e az Önök földrajzi / intézményi környezetére? (Kérjük, karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

C/12. Az ismertetett programot célszerű-e megvalósítani az Önök környezetében, intézményében?

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Források

A „C/ A gazdasági elemzések eredményeinek kritikus értékelése” ellenőrző lista (check list) az alábbi források felhasználásával készült:

1. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW, Methods for the economic evaluation of health care programmes, Oxford: Oxford University Press, 1987
2. A Brit Department for International Development által szponzorált TUDOR Projekt keretében elkészített szakmai anyagok (<http://tudor.szote.u-szeged.hu>)
3. Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem (BKÁE), Közszolgálati Tanszék, Egészségügyi Gazdaságtan és Technológiaelemzés és Technológiaelemzési Központ (HunHTA) szakmai anyagai
4. Gulácsi L, Klinikai kiválóság; technológiaelemzés az egészségügyben, Springer Orvosi Kiadó, Budapest, 1999

1. sz. melléklet

Fontosabb fogalmak, rövidítések és példák

Abszolút rizikó/Absolute Risk (AR) - Annak a valószínűsége, hogy egy személynél egy bizonyos jól meghatározott kimenet jelentkezik egy jól meg határozott időtartam alatt. Az AR értéke 0 és 1 között helyezkedik el, illetve százalékos formában kerül megadásra.

Abszolút rizikó csökkentés/Absolute Risk Reduction (ARR) – A terápiás és a kontroll csoport esetén megfigyelhető rizikó abszolút különbsége a vizsgálatok során. Akkor használatos, amikor a kontroll csoport rizikója meghaladja a terápiás csoport rizikóját, és az ARR kalkulálása során a kontroll csoport AR-jéből kivonjuk a terápiás csoport AR értékét. A definíció szerint az érték az összes kezelt beteg arányában mutatkozik meg, és változik a kontroll csoport rizikószintjével(AR). Az értéket összehasonlító vizsgálat során a gyógyszerhatás mellett a populáció is befolyásolja.

Relatív rizikó / Relative Risk (RR) - Annak az esélye, hogy egy esemény bekövetkezése 'valahányszorososa' (RR nagyobb, mint 1) vagy 'valahányad része' (RR kisebb, mint 1) egy csoportban egy másik csoporthoz hasonlítva. Ez az egyes csoportok AR-jének a hányadosa. Értéke megfelel az OR-nek ha a vizsgálat események bekövetkezése ritka. A definíció szerint az érték a kontroll csoport gyakoriságának az arányában mutatkozik meg, és nem változik a kontroll csoport rizikószintjével (RR) egy vizsgálaton belül. Az érték összehasonlító vizsgálat során elsősorban a gyógyszerhatást fejezi ki.

Relatív rizikó csökkentés / Relative Risk Reduction (RRR) – A terápiás és a kontroll csoport közötti rizikó egymáshoz viszonyított csökkenése. Számítása: $1-RR$.

Odds Ratio (OR) - Minél közelebb van az OR az 1-hez annál kisebb a hatás a terápiás és a kontroll csoportban történt beavatkozás között. Ha az OR nagyobb (vagy kisebb) mint 1, akkor a terápia hatása nagyobb (vagy kisebb) mint a kontroll csoportban észlelt hatás. A mért hatás lehet nemkívánatos (halál, rokkantság) vagy kívánatos hatás (túlélés) egyaránt. Ha a vizsgált esemény ritkán következik be, akkor az OR megegyezik a relatív rizikóval (RR), de ha az esemény bekövetkezési gyakorisága nő, akkor az OR és az RR közötti távolság nő.

Number Needed to Treat (NNT) - A kezelés hatékonyságnak egyik mérőszáma. Azoknak az embereknek a száma, akiket általában egy bizonyos módon kezelni kell egy bizonyos időperiódusban ahhoz, hogy 1 nemkívánatos kimenet elkerülhető legyen vagy egy kívánatos kimenet elérhető legyen. Az $NNT = 1/ARR$.

Konfidencia intervallum / Confidence Interval (CI) - A 95%-os konfidencia intervallum a 95%-át tartalmazná azoknak az eredményeknek, amelyeket az azonos módon megtervezett, azonos nagyságú, azonos populációval végrehajtott vizsgálatok eredményeképpen kapnánk. (Ez közel van ahhoz a megfogalmazáshoz – habár nem azonos vele – hogy az esetek 95%-a esik a konfidencia intervallumba. Ha a 95%-os konfidencia intervallum az RR (relative risk) vagy az OR (odds ratio) esetén metszi az 1-et akkor az adott hatásra vonatkozóan nincs tudományos bizonyíték. A CI használatának előnye (szemben a P értékkel), hogy a lehetséges hatásoknak egy sávját (range) jeleníti meg.

Szenzitivitás / sensitivity

Annak az esélye, hogy a teszt eredménye pozitív, abban az esetben, ha a beteg fennáll. (nem tévesztendő össze a pozitív jósló értékkel)

Specifitás / Specificity

Annak az esélye, hogy a teszt eredménye negatív, abban az esetben, ha a beteg nem áll fenn. (nem tévesztendő össze a negatív jósló értékkel)

Pozitív jósló érték / Positive Predictive Value - PPV

Annak az esélye, hogy fennáll a betegség amennyiben a teszt eredménye pozitív. (nem tévesztendő össze a szenzitivitással)

Negatív jósló érték / Negative Predictive Value - NPV

Annak az esélye, hogy nem áll fenn betegség amennyiben a teszt eredménye negatív. (nem tévesztendő össze a specificitással)

Likelihood ratio

Annak a valószínűségeknek az aránya, hogy a célkondícióval rendelkező egyénnek van specifikus teszt eredménye és annak, hogy a célkondícióval nem rendelkező egyénnek azonos specifikus teszt eredménye van.

Positive likelihood ratio – LR+

Annak a valószínűségeknek az aránya, hogy a célkondícióval rendelkező egyénnek pozitív teszt eredménye van és annak, hogy a célkondícióval nem rendelkező egyénnek azonos pozitív teszt eredménye van. Ez az arány megegyezik a 'szenszitivitás/1-specificitás' arányszámmal.

Negative likelihood ratio – LR-

Annak a valószínűségeknek az aránya, hogy a célkondícióval rendelkező egyénnek negatív teszt eredménye van és annak, hogy a célkondícióval nem rendelkező egyénnek azonos negatív teszt eredménye van. Ez az arány megegyezik az '1-szenszitivitás/specificitás' arányszámmal.

Konfidencia Intervallum / Confidence Interval - CI

A 95%-os konfidencia intervallum a 95%-át tartalmazná azoknak az eredményeknek, amelyeket az azonos módon megtervezett, azonos nagyságú, azonos populációval végrehajtott vizsgálatok eredményeképpen kapnánk. (Ez közel van ahhoz a megfogalmazáshoz – habár nem azonos vele – hogy az esetek 95%-a esik a konfidencia intervallumba.

Ha a 95%-os konfidencia intervallum az RR (relative risk) vagy az OR (odds ratio) esetén metszi az 1-et akkor az adott hatásra vonatkozóan nincs tudományos bizonyíték. A CI használatának előnye (szemben a P értékkel), hogy a lehetséges hatásoknak egy sávját (range) jeleníti meg.

Példák

1. példa

Egy 5,4 évig tartó vizsgálat (Simvastatin trial) esetén a 2223 fős placebo csoportban a mortalitás 256 fő volt (11,5%), a 2221 létszámú terápiás csoportban pedig 182 (8,2%) fő volt.

Relatív rizikó (RR) a terápiás csoportban $8,2\% / 11,5\% = 0,71$

A relatív rizikó csökkenés (RRR): $1 - 0,71 = 29\%$

Az abszolút rizikó csökkenés (ARR): $11,5\% - 8,2\% = 3,3\%$

Terápiás különbség $256 - 182 = 74$ halálestet; 2221 beteg kapott simvastatint

NNT: $2221 / 74 = 30$ vagy $1 / ARR = 30$

2. példa

Kontingencia táblázat 1 /magyarázat

Szűrés

A teszt eredménye	A betegség fennáll	A betegség nem áll fenn	Összesen
A szűrés pozitív	valódi pozitív: a	álpozitív: b	a + b
A szűrés negatív	álnegatív: c	valódi negatív: d	c + d
Összesen	a + c	b + d	

a - azoknak az eseteknek a száma, amikor a szűrés eredménye pozitív és a betegség valóban fennáll (valódi pozitív)

b - azoknak az eseteknek a száma, amikor a szűrés eredménye pozitív de a betegség nem áll fenn (álpozitív)

c - azoknak az eseteknek a száma, amikor a szűrés eredménye negatív de a betegség fennáll (álnegatív)

d - azoknak az eseteknek a száma, amikor a szűrés eredménye negatív és a betegség nem áll fenn (valódi negatív)

Szenzitivitás = $a / (a+c)$

Mennyire megfelelően tudja a vizsgálat/teszt kiemelni/megtalálni azokat, akik az adott kondícióval/egészségi állapottal rendelkeznek?

Specificitás = $d / (b+d)$

Mennyire megbízhatóan képes a vizsgálat/teszt kizárni azokat, akik az adott kondícióval/egészségi állapottal nem rendelkeznek?

Pozitív jósló érték (positive predictive value, PPV) = $a / (a+b)$

Amennyiben az adott vizsgálat/teszt eredménye pozitív, mi a valószínűsége annak, hogy a páciens valóban rendelkezik az adott kondícióval/egészségi állapottal?

Negatív jósló érték (negative predictive value, NPV) = $d / (c+d)$

Amennyiben az adott vizsgálat/teszt eredménye negatív, mi a valószínűsége annak, hogy a páciens valóban nem rendelkezik az adott kondícióval/egészségi állapottal?

Pontosság (accuracy) = $(a+d)/(a+b+c+d)$

Az alkalmazott vizsgálatok/tesztek milyen arányban vezettek korrekt eredményre, azaz milyen volt az igazi negatív és az igazi pozitív esetek száma az összes eredményhez

A pozitív teszt Likelihood ratioja (LR) = szenzitivitás / 1 – specificitás

Mennyivel nagyobb az esélye annak, hogy pozitív eredmény mutatható ki az adott vizsgálattal/teszttel annál az egyénnél akinél az adott kondíció/egészségi állapot fennáll ahhoz képest, mint akinél ez a kondíció/egészségi állapot nem áll fenn?

A negatív teszt Likelihood ratioja (LR) = 1 - szenzitivitás / specificitás

Mennyivel nagyobb az esélye annak, hogy negatív eredmény mutatható ki az adott vizsgálattal/teszttel annál az egyénnél akinél az adott kondíció/egészségi állapot nem áll fenn, ahhoz képest akinél ez a kondíció/egészségi állapot fennáll?

3. példa

Kontingencia táblázat 2

A vizelet glucose meghatározása diabétesz diagnosztizálása céljából (glucose tolerancia teszt); a teszt validitása

A teszt eredménye	A diabétesz fennáll	A diabétesz
Glucose kimutatható a vizeletből: 42 eset	Valódi pozitív: 19 eset	Álpozitív: 23 eset
Glucose nem kimutatható ki a vizeletből: 3158 eset	Álnegatív: 67 eset	Valódi negatív: 3091 eset

Szenzitivitás = $a / (a+c) = 19/86 = 22.1\%$

Specificitás = $d / (b+d) = 3091/3114 = 99.3\%$

Pozitív jósló érték = $a / (a+b) = 19/42 = 45.2\%$

Negatív jósló érték = $d / (c+d) = 3091/3158 = 97.8\%$

Pontosság = $(a+d) / (a+b+c+d) = 3110/3201 = 97.2\%$

A pozitív teszt Likelihood ratioja (LR) = szenzitivitás / (1-specificitás)
= $22,1/0,7 = 32$

A negatív teszt Likelihood ratioja (LR) = szenzitivitás / specificitás
= 77,9/99,3 = 0,78

Az arányszámok alapján látható, hogy a pozitív glucose teszt szenzitivitása 22%-os, ami azt jelenti, hogy ezzel a vizsgálattal a ténylegesen diabétesz esetek közel négy-ötödét nem tudjuk megtalálni.

2. melléklet

Mintaelemszám, a statisztikai próba ereje, első és másodfajú hiba

A minimális esetszám nagysága attól függ, hogy milyen pontossággal (A) kívánjuk megközelíteni a várható eredményt (pl. ± 10 Hgmm) illetve ismert-e korábbi vizsgálatok alapján a standard deviáció (s). Amennyiben nem, akkor ennek az értékére elő-felmérés alapján becslést kell adni, adott valószínűség (pl. P=95%) mellett, amely, annak valószínűsége adja meg, hogy a mért eltérés ténylegesen beleesik az általunk választott intervallumba. Az általában választott 95% mellett elmondható, hogy 1 a 20-hoz az esélye annak, hogy az általunk ± 10 Hgmm vérnyomás eltéréssel elfogadott vizsgálat eredménye kívül esik ezen az intervallumon.

A minta elemszám (N) az előzőeknek megfelelően (előző felmérésekből) ismert standard deviáció (s), a közelítés pontossága (A) és a választott valószínűség (P) mellett kiszámítható.

$$N=4s^2/A^2$$

A konkrét kísérletek során célszerű figyelemmel lennünk arra, hogy a pontosság növelése érdekében például a közelítő intervallum felezése a minta elemszám négyszeres növelését kívánja meg, illetve ha a 95% valószínűség helyett a 99% valószínűsége helyezzük előtérbe, akkor a szükséges minta elemszám 73%-os növelésével kell számolnunk.

A statisztikai próba ereje

Ideális esetben a megfelelő statisztikai próba segítségével kizárhatók az álnegatív eredmények, amikor is az adott beavatkozásnak vagy terápiának van (szignifikáns) effektivitása, de a vizsgálat során mégis arra a következtetésre jutunk, hogy az adott terápia vagy beavatkozás hatástalan. Annak a valószínűségét, hogy ezt a hibát (álnegativitás) elkerüljük nevezzük a próba erejének.

Az általánosan követett nemzetközi gyakorlat szerint a próba ereje legalább 80%-90% kell, hogy legyen. A próba ereje = 1- másodfajú hiba.

Első és másodfajú hiba

Az eredeti vizsgálatok (clinical trial) igen gyakran nem elég nagyok ahhoz, hogy klinikailag fontos de viszonylag kis terápiás hatások, különbségek jelenlétét vagy hiányát nagy biztonsággal bizonyítani lehessen. Ennek megfelelően az eredeti vizsgálatok vezethetnek álnegatív eredményre, amikor a terápiás hatás nem bizonyul statisztikailag szignifikánsnak, holott a valóságban ez a hatás létezik.

Ebben az esetben **másodfajú hibával (β)** nézünk szembe. (Nehezen meghatározható az értéke-)

Jobban meghatározható az álpozitivitás valószínűsége **elsőfajú hiba (α)**, amely a véletlen hatásainak a tükröződése és a 'p' értékével adható meg, ha a $p < 0.05$ akkor konvencionálisan a hatás szignifikánsnak tekintendő.

Példa

Az a gyógyszer, amely az akut szívinfarktust követő halálozást 10%-al csökkenti, igen sok ember életét hosszabbíthatja meg. Kérdés az, hogy hány akut szívinfarktustban (AMI) szenvedő beteget kellene bevonnunk egy vizsgálatba ahhoz, hogy ezt a 10%-os mortalitás csökkentő hatást 90%-os biztonsággal kimutathassuk, más szóval a másodfajú hiba ne legyen több, mint 10%? Több mint 10 000 beteget kellene bevonni mind az experimentális, mind a kontroll csoportba ahhoz, hogy ezt elérhessük.

Probléma

A klinikai vizsgálatok, például a randomizált klinikai vizsgálatok során jelentős problémák forrása az, hogy a kis mintaelemszám miatt a próba ereje alacsony és a hatásos beavatkozások hatásosságát fel nem ismerve hatástalannak tekintjük az egyébként hatásos terápiát. Valamennyi felhasználni kívánt irodalom esetén ellenőriznünk kell azt, hogy a szerző feltüntette-e a próba erejét, és azt, hogy mekkora volt az ehhez szükséges esetszám.

Tallózó

Nem bizonyított, hogy az abortusz emlőrákot okozna – állapították meg svéd kutatók 4000 szülészeti központ kórlapjainak áttanulmányozása alapján. Bár korábbi vizsgálatok azt állították, hogy az abortusz fokozza az emlőrák kialakulásának kockázatát, a Karolinska Intézet kutatói semmilyen kapcsolatot sem tudtak megállapítani a terhesség-megszakítás és az emlőrák között. Valójában azt állapították meg, hogy az elvetélt vagy megszakított terhességeknek némi preventív hatásuk volt. Az emlőrák szempontjából a legnagyobb kockázati tényező továbbra is az életkor.

*No evidence that abortions cause breast cancer,
NT Online Clinical News, posted on 27 01 2004*

Száraz nedvszívó kötések a legalkalmasabbak a sebkitőzésre szívműtét után – tűnik ki a legújabb kutatási eredményekből. Ezek a kötések ugyanolyan hatásosak, de kényelmesebbek, olcsóbbak és kedveltebbek a betegek körében, mint a hidrokolloid vagy hidroaktív kötések a szívműtét utáni sternotómias sebek kitőzésénél. A Chest szakfolyóiratban publikált tanulmány szerzői 737 szívműtéten átesett beteg kimenetelét vizsgálták, akik randomizálás alapján vagy száraz nedvszívó kötést, vagy hidrokolloid kötést vagy hidroaktív kötést kaptak sternotómia sebükre. Mindhárom kötést a sebzárást követően azonnal felhelyezték, még a műtétben. A szokásos klinikai gyakorlat alapján a száraz kötést a 2. posztoperatív napon távolították el, a többi pedig az 5. posztoperatív napig hagyták fent, amely a hazabocsátás várható napját jelentette egyben. A sebész belátására volt bízva, hogy tesz-e fel új kötést, amennyiben még látható volt sebváladék. A sebgógyulás és a fertőzési arányok hasonlóan mutatkoztak a három csoportban, és mindegyikben csak egy olyan beteg volt, akinél nem volt tökéletes sebzáródás az 5. napig. A száraz nedvszívó kötést azonban kevésbé érzékelték a betegek, az nem zavarta a mozgásukat és nem volt kellemetlen az eltávolítása. Emellett ez a kötszer olcsóbb is volt. A hidrokolloid kötés bizonyult a legkevésbé jónak a többihez viszonyítva, a sebváladékozás, a gyakoribb kötéscsere-igény, a kötés eltávolításakor jelentkező kellemetlenség és a magasabb költségek miatt.

Wynne R. et al (2003): Effect of Three Wound Dressings on Infection, Healing Comfort, and Cost in Patients With Sternotomy Wounds: A Randomized Trial Chest 125 (1) 43-49

A medencében szülés csökkenti az epidurális fájdalomcsillapítás alkalmazásának gyakoriságát – Azoknál a nőknél, akik medencében töltik a táglási szakot a fájdalom csillapításának érdekében, kevésbé valószínű, hogy epidurális fájdalomcsillapításra lesz szükség. Angol kutatók két csoport először szülő nőt vizsgáltak, akiknél nagyon lassan haladt a vajúadás. Az első csoportba sorolt nők medencében töltötték a táglási szakot, a másik csoport tagjai pedig a hagyományos ellátásban részesültek. A medencében vajúadó nők kb. felénél volt szükség epidurális fájdalomcsillapításra, míg a kontroll csoport esetében ez két harmad volt. A vízben vajúadó nőknél kevésbé volt szükség összehúzóást segítő gyógyszerek adására, kevesebb fájdalomról számoltak be és elégedettebbek is voltak a szabadabb mozgással ezek a nők. A műtétileg befejezett szülések száma közel azonos volt a két csoportban. A szerzők azt a következtetést vonják le, hogy a vízben vajúadás szülésznői felügyelet mellett választható lehetőség lehet a lassan haladó vajúadás esetén, amely csökkentheti a szülészeti beavatkozás szükségességét és alternatív fájdalom-kezelési stratégiát nyújt.

Cludett, E. et al. (2004) Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour BMJ, doi:10.1136/bmj.37963.606412.EE (published 26 January 2004)

Az ITO-n kezelt betegeket multirezisztens fertőzések fenyegetik – Az intenzív osztályok kezelt intubált betegeket multirezisztens koaguláz-negatív staphylococcusok (CoNS) fenyegetnek, és az ápolóknak nagy felelősséget kell vállalniuk a transzmisszió megakadályozására. Húsz intubált felnőtt betegnél vizsgálták a gyomor és a légzőrendszer kolonizációját és a CoNS transzmissziójának arányát a betegeken és a betegek között. A 20 beteg közül 17 a vizsgálat időtartama alatt legalább egyszer kolonizálva volt CoNS-szel, és ezek közül 10 már az intubálás kezdetekor kolonizálva volt. A betegek közötti transzmisszióra utalt az a tény, hogy 5 egyedi CoNS genotípust találtak egynél több betegnél. Összesen 14 beteget érintett legalább egy transzmissziós esemény. A vizsgálat izolátumok közel 60%-a rezisztensnek bizonyult a vizsgált 7 antibiotikum közül legalább 4-re. A szerzők hangsúlyozzák azt, hogy a betegek közötti baktérium-transzmisszió problémájának kezeléséhez

nagyon fontos odafigyelni az infekciókontroll intézkedésekre. Az orvosoknak szerepmodellnek kell lenniük ezen a téren, és minden osztályon kell, hogy legyen egy csoport, ezzel a feladatkörrel megbízott ápoló.

Critical Care 2004;8:R42-R47

Két újabb fokozódóan antibiotikum-rezisztens kórházi baktérium jelent meg – figyelmeztet a brit Egészségvédelmi Hatóság (Health Protection Agency). Béta-laktamáz-rezisztens *E.coli* és *Acinetobacter baumannii* esetek fordulnak elő kórházakban és a közösségekben. Jóllehet ezek a fertőzések nem annyira elterjedtek még, mint az MRSA, de kezelésük nagyon nehéz, ezért döntő fontosságú, hogy még a korai stádiumban kontrollálják őket. Nem új fertőzésekről van szó, de a rezisztencia egyre nagyobb problémát jelent. Emellett megfigyelték a hepatitis C fokozódó előfordulását injekciós kábítószerélvezők körében, a közös tűhasználat miatt. Az emelkedés szignifikánsnak tekinthető: a 2001-ben mért 33%-ról egy év alatt 6%-kal, 39%-ra nőtt a hepatitis C gyakorisága. Mindez óriási kihatással lesz az egészségre és az egészségügyi szolgálatra.

HPA warns of more drug-resistant bacteria, NT Online Clinical News posted on 16 01 2004

A vitaminpótlás csökkentheti az Alzheimer-kór kockázatát – számoltak be az Archives of Neurology-ban kutatók, 4700 vizsgálati alany adataira támaszkodva. A C és E vitamin szedése drámai mértékben csökkentette az Alzheimer-kór kialakulásának kockázatát. A 65 éves és annál idősebb emberekre kiterjedő vizsgálatban 1995-1997, illetve 1998-2000 között nézték a demencia és az Alzheimer-kór meglétét. A vizsgálati anyagokat E-vitamint szedőnek osztályozták, ha naponta 400 NE-nél több E vitamint szedtek, és C-vitamint szedőknek, ha naponta legalább 500 mg C-vitamint szedtek, akár önmagában, akár multivitamin tablettában. A 4740 résztvevő között 1995-1997-ben 200 prevalens esetet találtak, a követésnél pedig az incidencia 104-nek mutatkozott. Az E és C-vitamin együttes szedése az Alzheimer-kór prevalenciáját kb. 78%-kal, incidenciáját pedig kb. 64%-kal csökkentette, (esélyhányados: 0,22 illetve 0,36). A kutatók azt a következtetést vonták le, hogy az E és C vitamin szedése a rendelkezésre álló nagyobb dózisokban védelmet nyújthat az Alzheimer-kór ellen.

Zandi P. et al. (2004)

*Reduced Risk of Alzheimer Disease
in Users of Antioxidant Vitamin
Supplements Arch Neurol 61(1) 82-88*