

Családok és egyének gyógyszereszedési szokásai (Ápolói felmérés egy lakóközösségben)

Albert Éva diplomás ápoló hallgató

(Széchenyi István Főiskola Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr)

Célkitűzés: 75 falusi háztartás tagjai gyógyszereszedési és gyógyszerártórási szokásainak a felmérése.

Módszer: nyitott és zárt írásbeli kérdésekre kapott válaszok, a házipatikák személyes megtekintése és szóbeli megkérdezés.

Eredmények: a falu lakosságának a gyógyszerekkel kapcsolatos ismeretei elégtelenek, és nem ritkán a szaknyelven írt gyógyszer-tájékoztatókra és a laikusok ellentmondó tanácsaira szorítkoznak. Az ismeretek különösen hiányosak voltak a lázcsillapítók és az antibiotikumok terén. Az ebből fakadó veszélyek egyértelműek, amit az öngyógyszerelők magas száma csak súlyosbít. A magas vérnyomásban szenvedőknél a tájékozottság fokozottabb volt. Nagyon magas (243) az otthon tárolt és korábban szedett gyógyszerfajták száma, zömük már lejáratú idején túli.

Következtetések: indokolt a tudatosan tervezett egészségfejlesztő tevékenység támogatása, amelynek egyik fontos eleme lehet az otthonokban is megforduló ápoló tanácsadói tevékenysége.

Bevezető

A gyógyszereszedési szokások vizsgálatát az a tény indokolta, hogy a környezetemben megfigyelt emberek indokolatlanul sok gyógyszert szednek, és nem ismerik azok alkalmazásának célját. Magyarországon a gyógyszerfogyasztást bizonyos kettősség jellemzi. A szakirodalom és statisztikai adatok szerint a magyar lakosság nagyon sok gyógyszert fogyaszt, ugyanakkor sokszor hangzik el, hogy az alacsonyabb jövedelműek a magas gyógyszerárak miatt nem képesek a szükséges gyógyszereiket kiváltani. Végzős diplomás ápoló szakos hallgatóként fontosnak tartottam a saját lakókörnyezetemben, Táp községben élő emberek gyógyszereszedési szokásainak feltérképezését, és megvizsgálni, hogy az említett kettősség hogyan nyilvánul meg.

A kutatás célja

Kutatásom célja volt felmérni a házipatikák összetételét, információt gyűjteni arról, hogy az emberek milyen problémákkal fordulnak orvoshoz, melyek esetén hagyatkoznak öngyógyításra, milyenek a gyógyszerekkel kapcsolatos ismereteik, ezeket kitől szerzik be, illetve a gyógyszereket rendeltetésszerűen alkalmazzák-e.

Hipotézisek

A kutatást megelőzően a következő hipotézisek fogalmazódtak meg:

A lakosság gyógyszereit nem mindig az előírt adagolás szerint szedi, a gyógyszereszedés pontatlanságának hátterében a gyógyszerekkel kapcsolatos ismeretek illetve a felvilágosítás hiányossága áll.

Terjedőben van az öngyógyítás módszere, amikor a beteg ember nem fordul orvoshoz (sem gyógyszerészhez), hanem önmaga próbálja megszüntetni panaszait.

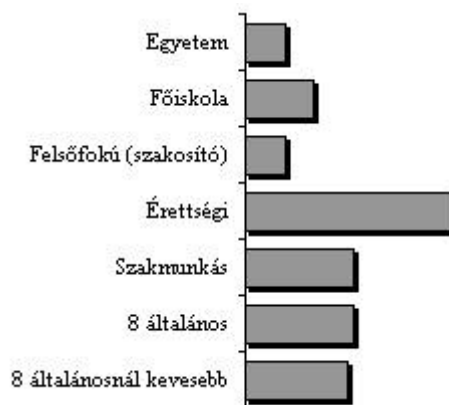
Vizsgálati módszerek és minta

A felmérés faluban élő, véletlenszerűen kiválasztott mintában történt, kérdőív és interjú segítségével. A kiadott 75 kérdőívből 62 volt értékelhető. A kérdőíves módszert 15 interjú elkészítése egészítette ki.

A minta nemek szerinti megoszlását tekintve a válaszadók nagyobb hányada nő volt (78%). Életkor szerinti felosztás alapján 4 csoportot vizsgáltam; a 25 éven aluliak, a 26-45 évesek, a 46-59 évesek, és a 60 éven felüliek csoportját. Ezek megoszlása az alábbi volt: 25 év alatt 15%, 26-45 év között 26%, 46-59 év között 27%, és 60 év felett volt 32%.

Az iskolai végzettség szerint a 8 általánosnál kevesebbtől az egyetemi végzettségükig 7 csoportot vizsgáltam, az érettségizettek voltak legnagyobb arányban; 8 általánosnál kevesebb iskolai végzettség csak a 60 éven felüli korosztályban fordult elő. (1. ábra)

A vizsgálatban résztvevők 85%-a családban él, a családok 40%-ában volt 14 éven aluli gyermek.

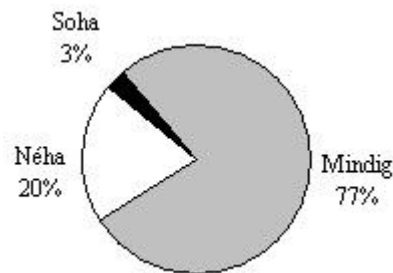


1. ábra - A válaszadók iskolai végzettsége

Eredmények

A gyógyszerekkel kapcsolatos információkat az emberek elsősorban az orvosoktól és a gyógyszerészekről várják. Ezen kívül figyelembe veszik az ismerősök tanácsait, a megkérdezettek 40%-a vett már be életében ismerőstől kapott gyógyszert. A reklámoknak szintén jelentős hatásuk van a gyógyszereszedésre nézve, a vény nélkül kapható gyógyszerek esetében.

A megkérdezettek nagy része támaszkodik a betegtájékoztatókban leírtakra, 77% mindig elolvassa mielőtt bevesz egy új gyógyszert (2. ábra) Ez a magyarországi 65% körüli értékhez viszonyítva jónak mondható.[1]Az egyének egy része nem érti a betegtájékoztatóban leírtakat, sőt a lehetséges mellékhatások felsorolása riasztó a számukra.



2. ábra - A betegtájékoztatót elolvasók aránya

Lázzal járó betegség esetén sokan a gyógyszeres lázcsillapítást (51%), illetve a gyógyszeres és fizikális eljárás kombinációját alkalmazzák (31%). Kizárólag fizikális módszereket 18% említett. Lázcsillapításra alkalmazott gyógyszerek között legtöbbször a Rubophen tablettát említették, de megjelent a Maripen tableta is, ami az antibiotikummal kapcsolatos hatástani tévedésekre utal (3. ábra).

Sorrend	Gyógyszernevek
I.	Rubophen
II.	Algopyrin
III.	Paracetamol
IV.	Kalmopyrin
V.	Panadol - Amidazophen
VI:	Aspirin - Maripen

3. ábra - Lázcsillapítóként alkalmazott gyógyszerek (előfordulási gyakorisága)

Az antibiotikumok szedésével kapcsolatosan sok hiba fedezhető fel a gyógyszereszedési szokások között. A kérdezettek 23%-a csak a tünetek enyhüléséig szedi ezeket a gyógyszereket, a maradékot pedig tovább őrzik a házi patikában (4. ábra). Az antibiotikumokkal kapcsolatos félreértések miatt a tünetek újbóli jelentkezésekor (pl. torokfájáskor) a megmaradt gyógyszerből öngyógyítást kezdeményeznek, ami nagy veszélyeket rejt magában. Az antibiotikumokat az emberek egy része ugyanolyan gyógyszernek tartja, mint a tüneti kezelésre alkalmazott szereket (pl. láz- és fájdalomcsillapítók), amiket addig kell alkalmazni, amíg a tünetek fennállnak. Az antibiotikum kezelés mögött nem látják az oki terápiát, csak a tünetekkel kapcsolják össze.



4. ábra - Antibiotikum szedése

Mindennapos, enyhébb panaszok esetén (kivéve a bőrkiütést és fogfájást) a vizsgált populáció fele nem fordul orvoshoz, hanem az öngyógyítás valamelyik módszerét alkalmazza. Nátha, köhögés, torokfájás, hányás, hasmenés esetén sokan folyamodnak természetes gyógymódokhoz, de nem lehet elhanyagolni az öngyógyítást sem. Fogfájás és bőrkiütés esetén ritkán kísérleteznek az emberek öngyógyítással, inkább orvoshoz fordulnak. (1. táblázat) A szakirodalom szerint az öngyógyítás világszerte növekvő irányzat, de az öngyógyítás mértéke országonként eltérő, pl. az USA-ban eléri a 35%-ot, míg Franciaországban mindössze 7%. [2]

	Nátha	Láz	Köhögés	Torokfájás	Fejfájás	Fogfájás	Hányás	Hasmenés	Emésztési zavar	Derékfájás	Izületi fájdalom	Bőr- elváltozás
Orvoshoz fordul	0	39	15	32	0	55	29	18	10	44	40	90
Gyógyszereshez fordul	13	2	18	24	3	0	8	11	8	6	15	3
Házipatikában található gyógyszert használ	15	52	19	18	69	35	3	32	29	15	15	3
Ismerős által ajánlott gyógyszert használ	0	0	0	0	0	2	2	0	2	8	3	0
Nem tesz semmit	29	2	14	3	23	6	34	13	24	16	21	2
Természetes gyógymódot alkalmaz	43	5	34	23	5	2	18	23	24	6	5	2
Egyéb egészségügyi dolgozóhoz fordul	0	0	0	0	0	0	6	3	3	5	1	0
Összesen	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

1. táblázat - Orvoshoz fordulás – öngyógyítás (%)

A házi patikák szereinek felsorolása közben a fogyasztók 243 fféle gyógyszert említettek. A házi gyógyszerek listájára 33 fféle gyógyszer került (5. ábra).

Háziszser az a szer, ami a vizsgált családok legalább 10%-ánál előfordult. Ezek között egyaránt található recept nélkül kapható alapgyógyszerek, és vényre kapható, krónikus betegségek esetén alkalmazott gyógyszerek is (vényomáscsökkentők, szívgyógyszerek, NSAID fájdalomcsillapítók, valamint két fajta antibiotikum is).

Sorrend	Gyógyszer neve	Sorrend	Gyógyszer neve	Sorrend	Gyógyszer neve
1.	Algopyrin	12.	Kálium retard *	23.	Nitromint retard *
2.	Ednyt *	13.	Panadol	24.	Augmentin *
3.	Rubophen	14.	Ambroxol	25.	Bilagit
4.	Corinfar *	15.	C-vitamin	26.	Phenilbutazon
5.	Paracetamol	16.	Aspyrin	27.	Calcium pezsgőtabletta
6.	Acc-200	17.	Quarelin	28.	Xanax *
7.	Maripen *	18.	Cavinton *	29.	Quamatel *
8.	Demalgon	19.	Brinaldix *	30.	Septofort
9.	Coldrex	20.	Fenistil gél	31.	Daedalon
10.	Kalmopyrin	21.	Tisasen a+b	32.	No-spa
11.	Imodium	22.	Cataflam *	33.	Gilemal *

* vényre kapható gyógyszerek

5. ábra - Háziszerek (előfordulási gyakorisága)

A kisgyermekes családok nagyobb arányban tartanak otthon alapgyógyszereket, amikre bárkinek bármikor szüksége lehet. A családok egy része gyógyszerkészletét olyan helyen tárolja, ahol bárki hozzáférhet, tehát a kisgyermek is, és ez a figyelmetlenség könnyen baleset, mérgezés forrása lehet. A családok csupán egyharmadánál volt tapasztalható a helyes és biztonságos gyógyszertárolás. Ráadásul a gyógyszerek kémiai vegyületek, így veszélyes hulladéknak minősülnek, ugyanakkor a megkérdezettek valamennyien a kommunális hulladékba dobják a lejárt szavatosságú gyógyszereket.

Egy Szeged környékén végzett felmérés adatai szerint a lakosság 64%-a olyan helyen tárolja a gyógyszereit, ahol bárki hozzáférhet. Ebben a vizsgálatban a családok 36%-ánál volt tapasztalható biztonságos gyógyszertárolás. [3]

Érdekes módon, az általam vizsgált mintában senki nem jelezte, hogy valaha is anyagi okok miatt nem tudta kiváltani a szükséges gyógyszereit. A gyógyszerárakat nagyon magasnak tartják, azonban a családi gazdálkodással mindig igyekeztek a megfelelő anyagi forrásokat megteremteni, spórolással vagy átcsoportosítással, hiszen a gyógyszereik nélkül nem érzik biztonságban magukat.

Következtetések, javaslatok

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a gyógyszereszedési szokások nem mutatnak egyértelmű összefüggést a korrallal, nemmel és az iskolai végzettséggel. A gyógyszereszedési szokások egyéniak, és sajnos sok esetben hibákat is rejtenek magukban, pl. az antibiotikumokkal, gyógyszertárolással kapcsolatban. A gyógyszereszedéssel összefüggő problémák a gyógyszerekkel kapcsolatos ismerethiányra, tájékozatlanságra vezethetők vissza, tehát az erre vonatkozó hipotézis megerősítést nyert.

Az öngyógyítás mértéke szintén jelentős a mintában, betegség esetén sokan ezt a módszert választják. Az öngyógyításhoz pedig szükség van olyan ismeretekre, amelyek azt biztonságossá teszik. Legfontosabb teendő az információk átadása, amelyet leginkább team munkában lehet megvalósítani.

Az orvosoknak a gyógyszer felírásakor a beteget tájékoztatni kellene a gyógyszer szedéséről és a kúra időtartamáról, ennek az antibiotikumok esetében nagy jelentősége van.

A gyógyszerészek a gyógyszer kiadásakor ismételjék el a fontos tudnivalókat, mert a többszöri felidézés jobban tudatosítja a lényeges információkat. Szerepük még nagyobb a vény nélkül kapható termékek esetében, hiszen ebben az esetben az egyén csak a gyógyszerészekkel kerül kapcsolatba.

Az ápoló szerepe leginkább az egészségnevelés területén, az egészségkultúra kialakításában képzelhető el. A pedagógusokkal összefogva már az iskolában meg kell tanítani a gyereket a helyes gyógyszereszedési szokásokra, hangsúlyozva a túlzott gyógyszerfogyasztás káros hatásait és megalapozni a helyes életmódot, életvitelt, amellyel a gyógyszereszedés megelőzhető.

Időseknél a rögzült szokások megváltoztatása nehéz, de egyfajta szemléletformálást meg kell kísérelni. Jó alkalmat adnak erre a nyugdíjasklub foglalkozásai, vagy egy-egy egészségnevelő rendezvény programjai. A helytelen gyógyszeresedési szokások, tévhitiek eloszlásában, adekvát információk átadásában nagy szerepe van az ápolónak (körzeti ápoló, otthoni szakápolást nyújtó ápoló), aki személyes kapcsolat útján segítheti a családokat a szükséges ismeretek átadásával, tanácsot adhat a szükséges életmódváltásban, ellenőrizheti a házi patika összetételét. Az ápoló koordinatív és felvilágosító munkájával segítheti a felnövekvő új generációkat a helyes gyógyszeresedési szokások elsajátításában.

Irodalom

1. Fábián L., Vincze Z., Nikolics K. (1997). Gondolatok az öngyógyításról. Gyógyszerészet, 11, 683-685.
2. Karsai Á., Pikó B. (1996). Az öngyógyítás, öngyógyszerelés előfordulása középiskolások körében. Gyógyszerészet, 4, 253-256.
3. Szelesné Kupi Veronika (1993). Recept-drogok a kisgyermekes családokban. Egészségnevelés, 5.

vissza a tartalomhoz vissza a főoldalra

Az ápolók evészavarokra vonatkozó ismeretei

Komáromi Mónika diplomás ápoló hallgató

(Tessedik Főiskola, Körös Főiskolai Kar, Diplomás Ápoló Tagozat, Gyula)

Célkitűzés: az ápolók szakmai felkészültségének (ismeret, tolerancia, aktív közreműködési képesség) vizsgálata a táplálkozási magatartás zavarai vonatkozásában.

Módszerek és minta: 3 megyében dolgozó ápolók önkéntes részvételen alapuló kérdőíves felmérése. A minta 41,5%-a pszichiátriai, 40,5%-a belgyógyászati, és 18%-a egyéb osztályok dolgozóiból állt. A megkérdezettek 38%-a diplomás ápoló és 62%-a ápoló volt. Kiegészítésként a pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók körében készített interjú szolgált.

Eredmények: A megkérdezett ápolók 59,5%-a rendelkezik szakmailag kielégítő ismeretekkel az evészavarokról, 53%-a mutat megfelelő mértékű toleranciát az e betegségben szenvedő betegekkel szemben, és 46%-a képes szakmailag elvárható szinten az orvos aktív segítője lenni a kezelésben. Szignifikáns különbség ($p < 0,001$) volt kimutatható a diplomás ápolók és az ápolók ismereteiben, valamint a megfelelő és a hiányos ismeretekkel rendelkező ápolók tolerancia mértékében.

Következtetések: Az evészavarokra vonatkozó ismeretek hiánya gátolhatja az ápolót prevenció feladatának maximális ellátásában, ezért az ápolók alapoktatásában nagyobb hangsúlyt kell fektetni ezek megismertetésére és a mentálhigiénés képzésre.

Bevezetés

Az evészavarokkal kapcsolatos számtalan tanulmányának egyikében Túry Ferenc ezt írja: "A fiatal, tizen-éves korosztályokban az anorexia a harmadik leggyakoribb betegség a követség (ha ugyan ezt betegségnek tekinthetjük) és a tüdőasztma után. Mindhárom pszichoszomatikus zavar! Ez már népegészségügyi jelentőségű problémakört sejtet." (Túry, 1995) Ennek a népegészségügyi problémának az aktualitását tovább fokozza az a tény, hogy az e körképben szenvedők száma emelkedő tendenciát mutat az utóbbi néhány évben. Ebből egyértelműen következik, hogy az egészségmegőrzés szolgálatában tevékenykedő minden szakembernek felkészülten kell fogadnia az elsősorban fiatal lányok köréből kikerülő betegeket. Adódik a kérdés: vajon az ápolók is szakmailag felkészültek-e ezeknek a betegeknek a gondozására?

Irodalmi áttekintés

Az evészavarok előtérbe kerülése az orvoslásban a hetvenes évekre tehető, ami nem azonos e körképek kialakulásának történetével (Füredi, 1998). Az ókorban és a középkorban a telt idomok jelképezték a szépséget, a gazdagságot, a termékenységet (pl. Willendorfi Vénusz). A középkorból legismertebb Szent Margit alakja - IV. Béla lánya -, akit a szakirodalom az anorexia első képviselőjeként említ (Túry, 1995). A magyar Erzsébet királyné, a gyönyörű Sissy, valószínűleg szintén anorexiás volt (Vandereycken, Deth és Túry, 1994). Az anorexia tüneteit először Richard Morton írta le 1689-ben, hivatalos kórképpé először 1873-ban vált (Füredi, 1998).

A bulimia nem tekinthet vissza ilyen hosszú múltra, feltehetően azért, mert a megelőző évszázadok során inkább ételhiány volt a jellemző, kivétel ugyan az ókori Róma, ahol a bulimia gyakorlata elterjedt étkezési szokás volt (lakomázáskor pávatollal ingerelt önhánytatás). Kezdetben a bulimiát az anorexia

tünetének tekintették, csak 1980-ban vált önálló kórképpé (Dévald, 1995). Az egyik legismertebb közéleti személyiség, aki e kórban szenvedett, Diana hercegnő volt.

Mit tekintünk evészavarnak?

Az evészavarok olyan összetett viselkedészavart jelentenek, amelyek konkrétan a táplálék-felvételi magatartásra vonatkoznak. A pszichoszomatikus betegségek között tartjuk számon, mivel a pszichés kiváltó okok következtében súlyos, akár halálos szomatikus szövődmények is kifejlődhetnek (Füredi, 1998). Ezek kialakulásával akkor kell számolni, ha a viselkedészavar hosszú hónapok, évek óta fennálló jelenség. A legfontosabb, amit nem lehet eléggé hangsúlyozni, a megelőzés és a korai diagnosztizálás, amelynek segítségével a testi elváltozások kialakulása kivédhető (Túry, 1996). Ijesztő adat, hogy az anorexiás betegek 8%-a tíz éven belül meghal (Túry, 1995).

Az evészavaroknak két fő megjelenési formája van: az anorexia nervosa kóros testsúly-csökkenéssel jellemezhető betegség, és a bulimia nervosa, túlevési rohamokkal és általában azt követően öngerjesztett hányással járó viselkedészavar. E két kórkép között gyakori az átmenet és gyakran titkolt, rejtett problémákról van szó (Füredi, 1998; Túry 1995; és Túry és Szabó, 1991).

Az evészavarok jellegzetesen fiatal lányok betegségei. Az anorexia nervosa általában 12-18 éves korban, a bulimia nervosa pedig 17-25 éves korban kezdődik (Füredi, 1998). Tipikusan női betegségek, férfiaknál ritkább előfordulás esetén a szakirodalom inverz anorexiáról tesz említést (Túry és Gyenis, 1997). A fiatal nők körében az evészavarok aránya 1-4%-os, a bulimia azonban az anorexiánál háromszor gyakoribb jelenség. Hazánkban és a kelet-európai (pl. Románia) régióban az előfordulási gyakoriságuk megegyezik a nyugati országok adataival (Túry, Birt, és Antal, 1998). Fokozott a kialakulás kockázata a közép- és felsőoktatásban tanulóknál, a közép- és felsőosztálybelieknél, manökeneknél, zsokéknál, élsportolóknál és az európai embertípusok körében (Túry, 1995).

Az evészavarok szoros kapcsolatban állnak más pszichiátriai kórképekkel. Ilyen átfedés elsősorban a depresszió (Herpertz-Dahlmann és Remschmidt, 1989), a kényszerbetegség (Túry, 1995), és a szenvedélybetegségek esetében figyelhető meg (Füredi, 1998).

Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa differenciált kórképméjének a felállításához 1994-óta a DSM-IV diagnosztikus kritériumait alkalmazzák, amellyel már a különböző altípusok is elkülöníthetők. Az általános orvosi gyakorlat során a betegség organikus okainak a kizárása az első feladat. A terápia a betegek hiányzó betegségbelátása miatt azonban nehezen megvalósítható (Luban-Plozza, Pöldinger és Kröger, 1994). A kezelés hosszú időt vesz igénybe, sok kitarást és megértést követel mind az orvos, mind az ápoló, mind pedig a család részéről. A terápia megtervezésekor azt kell eldönteni, hogy szükséges-e a kórházi kezelés, vagy ambulánsan is elegendő segítséget kaphat a beteg (Túry, 1995). A kezelés mindig egyénre szabott és komplex jellegű (pszicho- és gyógyszerterápia, végső megoldásként mesterséges táplálás). Túry szerint: "...a több támadásponton indított terápia...hatékonyabb, ezért gyorsabb és sokrétűbb változáshoz vezet." (Riskó, 1993).

Ápolói teendők evészavarok esetén

Az ápolóknak segíteni kell a beteget abban, hogy újjá tudja építeni a test jelzései (éhség) és válaszlai (evés) közti kapcsolatot (pl. megfelelő étrend, ízléses tálalás). Rendszeresen követni kell a beteg lelki állapotát, tüneteit és a test súlygyarapodását. Étkezések után maradjunk vele, hogy megakadályozzuk az elfogyasztott étel szándékos kihányását. Mindezek mellett fektessünk hangsúlyt az egészségnevelésére is. Viselkedésterápiával segítsük a pácienszt abban, hogy az éhségérzetét újra tudatosítsa. Továbbá fontos a szülők oktatása is a megfelelő kommunikációs technikákra, amelyek segítségével megtalálhatják az utat gyermekük problémái felé.

Az ápolás céljai: az ideális testsúly elérése és megtartása, a rendszeres táplálkozás biztosítása, az önhánytatás kivédése, a megrögzött kóros viselkedési formák kiiktatása. Tudatosítani a betegben az éhség felismerését (beszélni kell az éhségről és az általa kiváltott "fájdalomról"), megtanítani helyes választ adni a testi reakciókra az eddigi rossz, tudatosan kontrollált táplálkozási gyakorlat megszüntetése érdekében (Lagerquist, 1987).

A kutatás célja, hipotézisek

A kutatás célja

A kutatási munka célja az ápolók szakmai felkészültségének vizsgálata volt (ismeret, tolerancia, aktív közreműködési képesség) táplálkozási magatartás zavaraiiban szenvedő betegek esetében.

Hipotézisek

Az ápolók evészavarokról szerzett alapvető ismerete hiányos, szemben a diplomás ápolókéval, akik

nagyobb mértékben járulhatnak hozzá a betegség korai felismeréséhez és ezáltal a súlyos szomatikus szövődmények kivédéséhez.

A szakmailag megfelelő ismeretekkel rendelkező ápolók toleránsabbak az e kórképben szenvedő emberekkel szemben, ami hozzásegítheti az ápolót a betegek bizalmának elnyeréséhez.

A szakmailag megfelelő ismeretekkel rendelkező ápolók aktív résztvevővé válhatnak az evészavarok kezelésében, ami lerövidítheti a betegek felépülési szakaszát.

Kutatási módszerek és minta

A kutatási munkához az adatgyűjtés elsősorban önállóan szerkesztett, 29 kérdésből álló kérdőív segítségével történt. Összesen 120 darab kérdőív került kiosztásra a TF-KFK Diplomás Ápoló Tagozat (Gyula) hallgatói, valamint különböző kórházak és szakrendelők belgyógyászati és pszichiátriai osztályán dolgozó ápolók körében (Jász-Nagykun-Szolnok, Békés és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében). A 120 kérdőív közül 90 (75%) érkezett vissza, 1 kérdőív értékelhetetlen volt.

Másrészt interjú alapján szereztem arra vonatkozó ismereteket, hogy az ápolók mennyire tudnak/lehetnek aktív közreműködők az evészavarban szenvedő betegek kezelésében. Ezt Miskolcon a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház I. Pszichiátriai Osztályán dolgozó ápolók körében végeztem 1999. októberében.

Statistikai elemzéshez a kétmintás t-próbát alkalmaztam (Bartal és Széphalmi, 1982).

Eredmények

Kérdőívre adott válaszok

Az általános kérdéscsoportra (1.-4. kérdés) adott válaszok alapján az összes megkérdezett 95,5%-a volt nő, átlag életkoruk 29,9 év (a legfiatalabb 20, a legidősebb 52 éves) volt. A megkérdezettek 38%-a diplomás ápoló, 62%-a ápoló végzettségű volt. Közel azonos volt a pszichiátriai (41,5%) és a belgyógyászati (40,5%) osztályon dolgozók aránya, 18% egyéb osztályról került beválasztásra.

A válaszadók 84%-a az evészavar fogalmát, 48%-a az anorexia tüneteit/jellemzőit, 49%-a a bulimia tüneteit/jellemzőit, 40%-a a testi szövődményeket, és 68%-a a veszélyeztetett korosztályt szakmailag megfelelően ismeri.

Az evészavarok más pszichiátriai kórképekkel való kapcsolatának ismeretét az 1. ábra szemlélteti. A megkérdezettek 72%-a az állandó diétázást és 63%-a a túlzott mértékű testedzést szintén kórosnak tartja, valamint 80%-uk szerint a komplex kezelés a legjobb megoldás. Az ápolók evészavarokra vonatkozó átlagos ismeret szintjét az 1. táblázat foglalja össze.

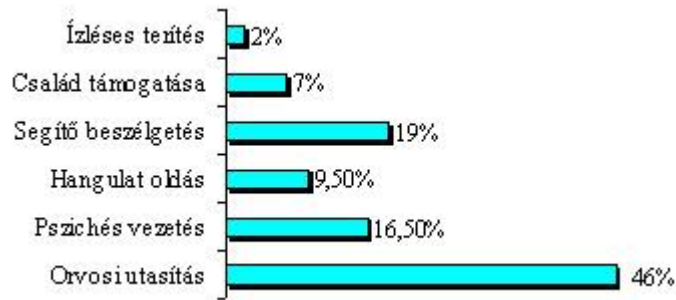


1. ábra – A pszichiátriai kórképek közötti átfedés ismerete

	Ismeret		Tolerancia mértéke		Ápolás/aktív közreműködési képesség	
	Diplomás ápolók	Ápolók	Jó ismeret	Hiányos ismeret	Jó ismeret	Hiányos ismeret
Átlag	87,3%	71,8%	86,4%	62,8%	.	.
t-próba eredmény	p < 0,001		p < 0,001		.	
Jó/Megfelelő	85,3%	44%	88,7%	0%	73,5%	6%
Hiányos/Csökken	14,7%	56%	11,3%	100%	26,5%	94%

1. táblázat - Összehasonlító elemzések (t-próbák)

A megkérdezettek 81%-a a kórképpel, 19%-a a beteg állapotának kialakulásával kapcsolatos felelősségével, 55%-a az anorexiás betegekkel, 75%-a a bulimiás betegekkel, és 62%-a a beteg jogaival kapcsolatban megfelelő mértékű toleranciát tanúsít. Az ápolóknak az evészavarban szenvedő betegekkel szembeni tolerancia-mértékét az 1. táblázat mutatja. A megkérdezettek 31,5%-a munkája során ápolt már ilyen beteget, tényleges feladataikról a 2. ábra tájékoztat. Jelentős részük (85%) úgy véli, hogy a beteg kezelésében tudna aktív résztvevő lenni, azonban szakmailag megfelelő feladatokat csak 46% tudott megjelölni. Sokan (59%) szívesen vállalnák, hogy egy evészavarokkal foglalkozó team tagjai legyenek, melynek okait a 2. táblázat elemzi.



2. ábra – Az ápolók tényleges feladatai

Indok:	Vállalná, mert				Nem vállalná, mert			
	érdekes	segítés	kihívás	indok nincs	hosszú, nehéz	nem érdekli	nem ismeri	indok nincs
Ápolók (%)	26,5	41,5	15	17	25	22	17	36
Összesen:	59				41			

2. táblázat - Az ápolók team munkában való részvétele

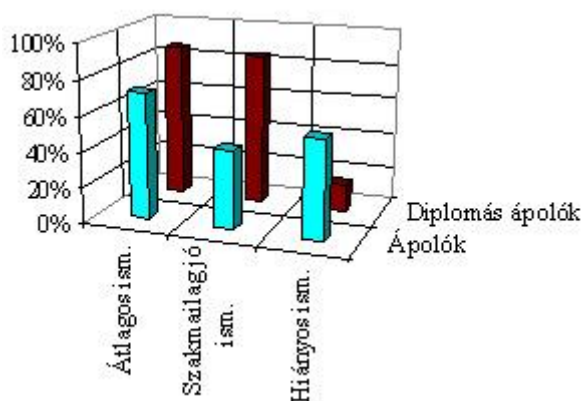
Interjú eredmények

Előzetes időpont egyeztetés után kerestem fel a Miskolcon a Túry Ferenc dr. által 1990-ben létrehozott és azóta is a vezetése alatt működő, az országban egyedülálló evészavar részlegen is szolgáltatást teljesítő ápolókat. Ennek a részlegnek nincs külön ápolói teamje, ugyanis ez egy már működő 90 ágyas pszichiátriai osztályon létrehozott 4 férőhelyes kórterem. A dolgozók kérdéseimre adott válaszai megerősítettek abban a meggyőződésemben, hogy ezeknek a betegeknek az ápolása nehéz és hosszú, de hálás feladat. Ehhez feltétlen szükség van a megfelelő tudásra, hogy az ápolók is megértsék a betegség lényegét, és ez által magát a betegségtől szenvedő embert is. Ez igen lényeges, mert az ápolók így megfelelő mértékben tolerálják az evészavaros páciensek tetteit, megtalálják a beteg lelkéhez vezető utat. Képesek tiszteletben tartani a betegek jogait és aktívan részt tudnak venni a gyógyítás folyamatában.

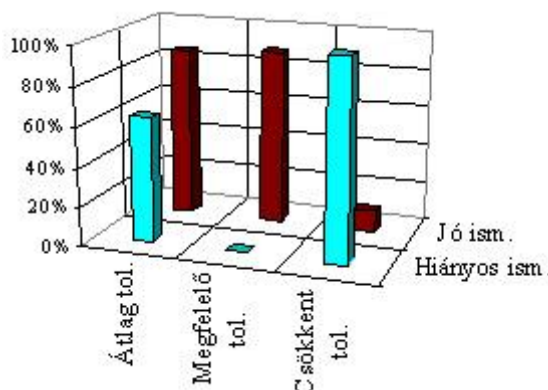
Következtetések, hipotézisek bizonyítása, javaslatok

A kérdőívek kiosztásánál törekedtem arra, hogy azok elsősorban olyan ápolókhoz jussanak el, akik már nagy valószínűséggel találkoztak ilyen betegségben szenvedő betegekkel. Ennek ellenére arra az eredményre jutottam, hogy az ápolók közel fele csak hiányos ismeretekkel rendelkezik az evészavarokkal kapcsolatban (3. ábra). Elsősorban a tünetekre, szövődményekre és a veszélyeztetett populációra vonatkozó tudás hiányát emelném ki. A tünetek/jellemzők megfogalmazása többször volt laikus, mint szakmai jellegű. Ez arra enged következtetni, hogy az ápolók valószínűleg jobban ismerik a bulimiát és az anorexiát a sajtóból, mint a szakirodalomból. Az sem kizárt, hogy a médiát talán nagyobb mértékben foglalkoztatja ez a téma, mint az egészségmegőrzés szolgálatában állókat (Ramsay, 1993). A szomatikus szövődményekre és az érintett korosztályra vonatkozó ismerethiányból arra a következtetésre jutottam, hogy az ápoló az evészavarokkal kapcsolatban nem tud teljes mértékben megfelelni egészségmegőrző feladatának. Minden ápoló elkötelezett híve kell hogy legyen az egészség megtartásának, amelynek az elsődleges megelőzés, az egészségnevelés az alapja. Ha azonban nem tudja, kiket kell elsősorban nevelnie és milyen esetleges testi elváltozások kelthetik fel a gyanúját, akkor e feladatának nem képes eleget tenni.

Érdekes még egy jelzésértékű adatra rámutatni. Az ápolók 28%-a nem tartja kórosnak az állandó fogyókúrázást. Felmerül a kérdés: ha a szakemberek sem tartják kórosnak, hogy egy nő gondolatai folyamatosan az alakja körül forogjanak (annak minden testi és mentális veszélyével együtt), akkor mi várható egy laikustól? Szintén csak a sajtó hatására szeretnék utalni, de inkább negatív értelemben, tekintettel a fogyókúrák receptek ösztönző hatására, ami a nőket arra vezeti rá, hogy ne legyenek elégedettek magukkal. Az evészavarban szenvedő betegekkel szemben az ápolók toleranciájának mértéke megközelíti az e betegségekre vonatkozó ismereteik szintjét (4. ábra). Véleményem szerint ez egyrészt a hiányos tudásból, másrészt pedig az e betegségekkal szemben még mindig létező előítéletekből eredhet. Az evészavarokat az ápolók 19%-a még



3. ábra – A diplomás ápolók és az ápolók ismereteinek összehasonlítása



4. ábra – A megfelelő és a hiányos ismeretekkel bíró ápolók toleranciájának összehasonlítása

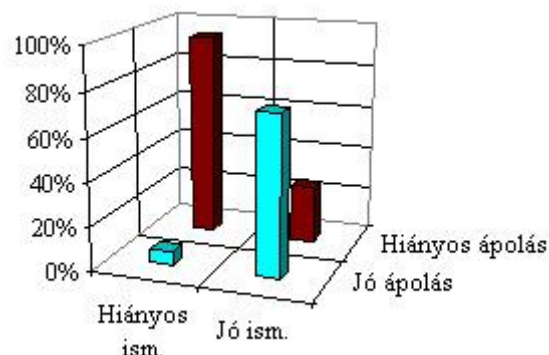
napjainkban sem tartja súlyos betegségnek!
 Figyelemre méltó adat az is, hogy az ápolók 81%-a szerint a beteg feltétlenül/némileg felelős a betegség kialakulásáért. Ennek ellenére meggyőződésem, hogy ezek a betegek nem tehetnek az állapotuk kialakulásáról, csak körülményeik és egyéni adottságaik áldozatai, elszenvedői.

A betegségben szenvedők ápolásakor nincs meg a megfelelő tolerancia az ápolók többségében. Az anorexiás páciensekkel szemben csak az ápolók 45%-a tanúsít kellő türelmet. Ezzel ellentétben a bulimiás betegekkel szemben már 75%-os ez az érték. Ebből azt a következtetést vontam le, hogy jobban tolerálják, ha valaki ugyan eszik, de azt nyomban ki is hányja, mint azt, ha valaki egyáltalán nem vesz magához táplálékot. Felmerült egy másik feltételezés is: ez esetleg "struccpolitika" az ápoló részéről: ha megettetem a beteget, akkor teljesítettem a kötelességemet. Fontos még egy vitás kérdéstről szót ejteni. A beteg kezelésének visszautasítási jogáról szóló kérdésben igencsak megoszlottak a vélemények. Utalni szeretnék rá, hogy nem tértem ki a kérdésben arra, hogy a páciens milyen állapotban van, csak általánosságban vettem fel. A véleménybeli eltérések oka mindenképpen figyelemfelkeltő, hiszen minden ápolónak tisztában kell lennie a beteg személyiségi jogaival.

Az ápolói feladatokra vonatkozó kérdésekre adott válaszok is hiányosságokra engednek következtetni. Ez adódhatna abból, hogy az ápolók 2/3-a még nem ápolta munkája során ilyen beteget, de ez cáfolható. Így szintén arra a következtetésre jutottam, hogy ez is a hiányos ismeretek következménye.

Sajnálatos módon azt tapasztaltam, hogy megközelítőleg az ápolók fele nem szívesen ápolna ilyen betegeket. Véleményem szerint e hivatásban dolgozók egész egyszerűen nem szelektálhatnak a betegek között. Az ápoló a beteg ember gondozásának kötelezi el magát, nem pedig csak egyes betegségben szenvedők kezelésének.

Az ápolóknak csak kevesebb, mint a fele tud az orvos aktív segítőtársa lenni. Ez egyrészt adódhat abból, hogy az ápoló nem mer (vagy nincs lehetősége) nagyobb autonómiát vállalni munkájában, másrészt pedig abból, hogy hiányos az e betegségekre vonatkozó tudása. Ennek ellenére az ápolók többsége úgy véli, hogy tudna aktív közreműködő lenni a gyógyításban. Az ápolók túlnyomó része hirdeti a nagyobb autonómiát, de kérdéses az önállóság felvállalása, ha nincsenek birtokában a betegségekre vonatkozó alapvető ismereteknek (5. ábra).



5. ábra – A jó és a hiányos ismeretekkel bíró ápolók közreműködési képességének összehasonlítása

Hipotézisek igazolása

Az evészavarokról a diplomás ápolók 87,3%-a, az ápolók 71,8%-a rendelkezik ismeretekkel. Ez a különbség szignifikánsnak tekinthető ($p < 0,001$). Bizonyítást nyert, hogy a diplomás ápolók 85,3%-a szakmailag kielégítő ismeretekkel rendelkezik. Ezzel szemben az ápolók esetében csak 44%-nak volt kielégítő tudásszintje. Ezek alapján az első hipotézis helytálló volt, mivel a nem főiskolai végzettségű ápolók ismeretei hiányosak,

ellentétben a diplomás ápolókéval.

A megfelelő ismeretekkel rendelkező ápolók toleranciájának átlagos mértéke 86,4%-os, még a hiányos ismeretekkel bíró ápolók körében ez az érték csak 62,8%. Ez a különbség is szignifikánsnak tekinthető ($p < 0,001$). Tovább vizsgálva az adatokat bebizonyosodott, hogy a megfelelő ismeretekkel rendelkező ápolók 88,7%-ának kielégítő és 11,3%-ának csökkent a toleranciája e betegekkel /betegségekkel szemben. Azonban a hiányos ismeretekkel bíró ápolók körében a tolerancia mértéke mindenkinél csökkent. Ezek az adatok alátámasztják azt a feltételezést, hogy a szakmailag kielégítő ismeretek birtokában megfelelő mértékű az ápolók toleranciája az evészavarban szenvedő betegekkel szemben.

A megfelelő ismeretek birtokában lévő ápolók 73,5%-a képes és 26,5%-a nem képes aktív közreműködő lenni az evészavarban szenvedő páciensek kezelésében. A hiányos ismeretekkel rendelkező ápolók esetében csak 6% képes erre. Ezáltal az a feltételezés is bizonyítást nyert, ami szerint a megfelelő ismeretekkel bíró ápolók aktív segítőitársai tudnak lenni az orvosnak az evészavarban szenvedők gyógyítása során.

További javaslatok

A fentiekből egyértelműen kiderül, hogy számos feladat vár megoldásra. Egyik lehetséges megoldás az lenne, ha legalább megyei szinten működne olyan mentálhigiénés szakrendelés és program, amely lehetővé tenné az evészavarok kialakulásának megelőzését és korai kiszűrését. Másrészt, az ápolók alapképzésében nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az evészavarok ismertetésére és a mentálhigiénés képzésre, aminek célja nem csak az ismeretek kiszélesítése, hanem a pszichiátriai kórképekkel szemben fennálló előítéletek csökkentése.

Irodalom

1. Arató M. és Túry F. (1995): Mindennapi lelki szenvedéseink, Grafit Kiadó, Budapest, 99-153.
2. Bartal A. és Széphalmi Á. (1982): Adatgyűjtés és statisztikai elemzés a pedagógiai gyakorlatban, Tankönyvkiadó, Budapest, 65-69.
3. Dévald P. (1993): Öndestruktivitás az evészavarokban. A Pszichoanalitikus Gyermekek- és Serdülőterápiás Intézet kiadványa, Budapest
4. Füredi J. /szerk./ (1998): A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, Medicina Könyvkiadó Rt., 365-378.
5. Fröhlich, W. D. (1996): Pszichológiai Szótár, Springer Hungarica Kiadó KFT., Budapest
6. Herpertz-Dahlmann, B. und Remschmidt, H.: Anorexia nervosa und Depression, Der Nervenarzt: 60: 490-495. (1989)
7. Lagerquist, S. L. /edit./ (1987): Anorexia nervosa, Nursing Examination Review: 3. Edition, 58-59.
8. Luban-Plozza, B.; Pöldinger, W. és Kröger, F. (1994): Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban, Animula Kiadó, Budapest, 44-56.
9. Riskó Á. /szerk./ (1993): Étkezési zavarok. Anorexia.-Bulimia-Obesitas, Magyar Pszichiátriai Társaság kiadványa
10. Ramsay, S. (1993): The future of eating disorders, The Lancet: 341: May 8, 1209-1210.
11. Túry F. /szerk./ (1996): A táplálkozási magatartás zavarai, Psychiatria Hungarica: 11(3), 245-344.
12. Túry F.; Brit, M. A.; Antal I.(1997): Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata romániai egyetemista populációban, Psychiatria Hungarica: 13(1), 18-27. (1998), Psychiatria Hungarica: 12(5), 589-594.
13. Túry F. és Szabó P. (1991): Bulimia nervosa, Irodalmi áttekintés, Psychiatria Hungarica: VI., 1., 43-59.
14. Vandereycken, W.; Deth, R. V.; Túry F. (1994): A karcúság császári kultúrája: Erzsébet királyné (1837-1898) anorexiás élete, Psychiatria Hungarica: IX., 3., 241-248.)

[vissza a tartalomhoz vissza a főoldalra](#)

Szakedzők és betegek véleménye a betegjogok érvényesüléséről, különös tekintettel a felvilágosításra

Kovácsné Tóth Ágnes főiskolai adjunktus

(Széchenyi István Főiskola Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr)

A cikk "Az ápolás gyakorlatának kutatása" című tudományos konferencián (Sopron, 2000. május 23.) elhangzott előadás alapján készült.

Célkitűzés: annak meghatározása, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény hatálybalépésével mennyire nyertek teret a betegjogok a beteg-felvilágosítás területén.

Módszerek és minta: trianguláció; önkitaltós, 95%-ban zárt és 5%-ban nyitott kérdéseket tartalmazó kérdőíves adatfelmérés betegek (n=203) és egészségügyi dolgozók (n=164) között;

az eredmények értékelése interjúk és megfigyelés tükrében.

Eredmények: a betegek 13,3%-a nem hallott a betegjogokról, 55,6% a médiák valamelyikéből szerzett róluk tudomást. A szakdolgozók szerint a betegek 84,1%-a közepesen vagy annál kisebb mértékben tájékozott jogait illetően. A betegek 88,2%-át világosították fel szóban, 1%-át írásban, 9,9%-át pedig szóban és írásban. Felvilágosításban hiányosságokat a betegek és a szakdolgozók az alternatív gyógymódok ismertetésében találtak.

Következtetések: az emberi jogok hatékonyabb érvényesülése érdekében szemléletváltásra van szükség. A betegjogokhoz hozzátartozik a tudás, az egyén helyzetének, lehetőségeinek ismerete, mert csakis e tudás birtokában választhat a beteg ember a kezelések fajtái, az alternatív kezelés, vagy a kezelés visszautasítása között.

Bevezetés

A napjainkban zajló társadalmi-gazdasági változások az egyén társadalomban betöltött szerepét, valamint ebből következően az egyén és állam viszonyát alapvetően megváltoztatták. E változásoknak az egészségügyi szférában tapasztalható következménye, hogy a nagyobb vásárlóerővel rendelkező és öntudatosabbá vált lakosság egyre kevésbé hajlandó elfogadni az olyan kínálatot, amely elsődlegesen a szolgáltató, nem pedig a fogyasztó igényeihez igazodik. Mára az egyén az egészségügyi ellátások fogyasztójává lépett elő. Növekedett a lakosság tájékoztatás iránti elvárása, és a már megszerzett ismeretein alapuló tájékozottsága előtérbe helyezi az egyéni jogok érvényesülésének igényét (Losonczi, 1998.).

Az 1997-ig hatályban lévő egészségügyi törvény és ágazati jogszabályok a 90-es évek és a következő évtizedek követelményeinek már nem feleltek meg. A 1997. évi CLIV. törvény megalkotásának szükségességét deregulációs jogi megfontolások és érvek is alátámasztják a szakmai és társadalompolitikai okok mellett. A törvény rendelkezik arról, hogyan érvényesíthetik az állampolgárok alapvető jogait gyógykezelésük során. Kötelező erejű szabállyá tette a betegek tájékoztatását, beleegyezésük elnyerését, információon alapuló önrendelkezési joguk tiszteletben tartását, a betegjogok érvényesítését szolgáló intézmények felállítását (Sándor, 1994.). A törvény rendelkezései az Európai Unióval történő jogharmonizáció alapvető feltételeit teljesítik, így Magyarország jelenlegi jogszabályai jobban illeszkednek a Közösség jogszabályaihoz.

A vizsgálat célja

Vizsgálatom arra irányult, hogy milyen mértékben érvényesültek a betegjogok az egészségügyi ellátás területén az elmúlt két év során. A felmérésben különösen a beteg-felvilágosítást és ennek információtartalmát vizsgáltam.

Hipotézisek

A betegek nem ismerik az egészségügyi törvényben deklarált alapvető jogukat.

A beteg-felvilágosítás módszerei a paternalisztikus hagyományokat követik, hiányosak, és nem terjednek ki részletesen a gyógykezelés minden aspektusára.

Vizsgálati módszer

Kutatási stratégiámban kombináltam a kutatási módszereket, technikákat és eljárásokat. Kutatási módszerként a *triangulációt*¹ választottam (Dempsey, 1999.).

A betegeknek és egészségügyi dolgozóknak kérdőív készült, amelyben párhuzamos kérdéseket tettem fel a betegjogok megsértésére vonatkozólag. A kérdőív önkitöltős, 95%-ban zárt, és 5%-ban nyitott kérdéseket tartalmazott. A kitöltéshez hétfokozatú értékelő skálát állítottam fel, amelyen az 1-es érték jelentése "nem sérülnek a jogok", a 7-es érték jelentése "szinte mindig sérülnek a jogok".

Megnevezés	Beteg	Szakdolgozó	Összesen
Kiadott kérdőív	400	250	650
Visszaküldött kérdőív	221	164	385
Válaszadási arány (%)	55,2	65,6	60,4
Adatfeldolgozásra került	203	164	367

1. táblázat - Válaszadási arányok

Mintavétel

A vizsgálatot 1999. október hónapjában végeztem a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház fekvőbeteg osztályain. A vizsgálat 367 személyre terjedt ki, 203 betegre és 164 szakdolgozóra (19 orvos és 145 ápoló). A betegek kiválasztásánál kritérium volt a betöltött 18. életév. A kérdőív kiosztása a kórházból való távozás napján történt. Az 1. táblázat a válaszadói arányt mutatja.

A névtelenség biztosítására nagy hangsúlyt fektettem. A kérdőíveket civil ruhában osztottam ki. A betegek és szakdolgozók azonos tájékoztatást és útmutatást kaptak a kitöltéshez. A résztvevők a kérdőíveket a nővérpult mellett elhelyezett zárt dobozba dobhatták be a kórházból való távozás napján. A válaszadók együttműködési készsége átlagosnak volt mondható.

A minta jellemzése

Szociodemográfiai adatok

A vizsgálatban részt vevő betegek nem szerinti megoszlása: 46,3% férfi, 36,9% nő volt. Több mint 16% (16,74%) nem válaszolt a kérdésre. Érdekes adat az eddigi kutatásokkal ellentétben, hogy nem a nőknek, hanem a férfiaknak volt magasabb az együttműködési kedvük.

A minta átlag életkora 37,5 évnek adódott. A magyarországi népesség romló egészségi állapota közismert, ennek ellenére meglepő volt szembesülni a vizsgálatban részt vevő betegek alacsony átlagéletkorával. Az 1. ábra a vizsgálatban részt vevő betegek iskolai végzettségének megoszlását mutatja.



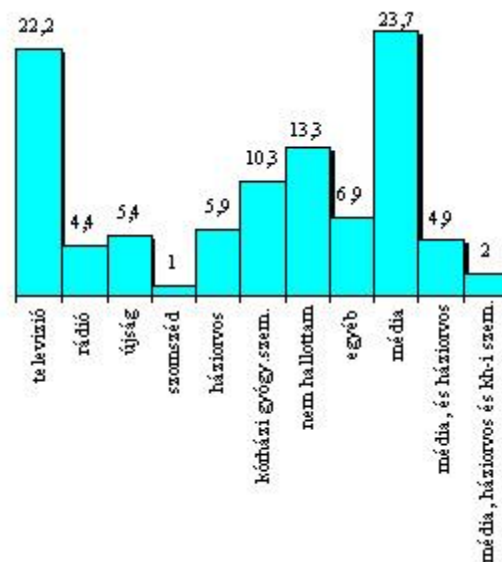
1. ábra - A betegek iskolai végzettsége (N=203)

Eredmények

Az első hipotézis vizsgálatára vonatkozó következtetések

A megkérdezettek 13,3%-a nem hallott a betegjogokról. A többség (55,6%) valamilyen módon a médiából (Tv, rádió, újság) szerzett tudomást jogairól. A fenti adatból is jól érződik a tömegtájékoztatás jelentősége. A vizsgált 203 fő 23%-a szerzett tudomást a betegjogokról az egészségügyi személyzettől. Ez a törvény hatályba lépésétől eltelt két év alatt nagyon alacsony arány. Az eredmény jól tükrözi a betegtájékoztatásban fennálló elemi hiányosságokat.

Jenei (1998) közléséből az alábbi idézetet erősítik meg az eredmények: "...nagyfokú tájékoztatatlanság jellemzi az átlag állampolgárt. Feltűnő például, hogy a betegjogok megismertetésével, terjesztésével a civilszervezetek foglalkoznak, orvosi testületek nem...". Ugyanez a tájékoztatatlanság tükröződik a szakdolgozók betegről feltételezett és gyakorlati munkájuk során tapasztalt véleményében, ahol az érintettek 84,1%-a közepesen vagy annál kisebb mértékben tájékozott jogait illetően. Ugyanakkor az egészségügyi törvény betegjogi része lenne a biztosíték az aktív beteg- és fogyasztói szerep érdekeinek kialakulásához és védelméhez (Jenei, 1998.). Az eredmények alapján az első hipotézis



2. ábra - A betegek betegjogokról való értesülésének módja (N=203)

igazolást nyert, a betegek többsége nincs tisztában törvény adta jogaival. A betegek és szakdolgozók véleménye közötti nagyfokú eltérésben a betegek mint laikusok tudásának leértékelése tükröződik.

Értékelő skála	N	%
1 - egyáltalán nem tájékozottak	12	7,3
2	15	9,1
3	35	21,3
4 - közepesen tájékozottak	76	46,3
5	10	6,1
6	6	3,7
7 - jól tájékozottak	10	6,1
Összesen:	164	100,0

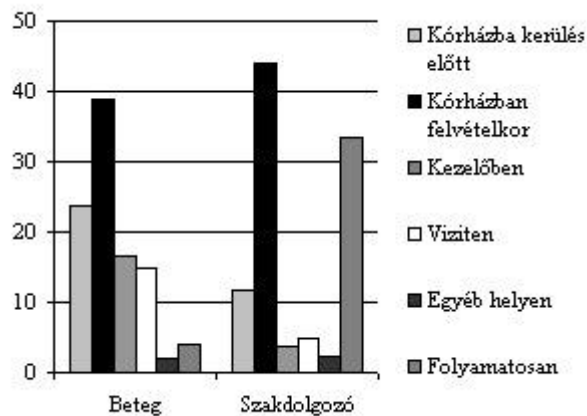
2. táblázat - Szakdolgozók véleménye a betegek jogaikról való tájékozottságáról (N=164)

A második hipotézisben vizsgált problémakör

A második hipotézisben a gyógykezeléssel kapcsolatos széleskörű tájékoztatás mértékét vizsgáltam. A megkérdezett betegek 62,5%-ánál a felvilágosítás a kórházba kerülés előtt, vagy felvételtkor történt. A betegek 14,7%-kát vizit közben, betegtársaik előtt tájékoztatták. Így az orvosi titoktartáshoz való jog sérült. Bizalmasan és nyugodt körülmények között 20,6% kapott felvilágosítást. Ők zavartalanul tudtak beszélni kezelőorvosukkal, ami a későbbi felelős tájékozott beleegyezéshez elengedhetetlen.

A sebészeti osztályok betegei nem közvetlenül a felvételtkor találkoztak azzal a ténnyel, hogy műtét előtt állnak, sőt egyes esetekben a várólistán való szereplés ideje alatt készültek is rá. Így valószínűsíthető, hogy az intézményi felvételt megelőzi valamilyen betegtájékoztatás. A felvételtkor kapott tájékoztatás azonban az intézmény rendjéről, az általános betegjogokról, a betegjogi képviselőről nem helyettesíthető (Jenei, 1996.).

A szakdolgozók 33,5%-a a folyamatos személyes felvilágosítást tartja saját gyakorlatának. A vizitekre korlátozott felvilágosítás nem alkalmas a beteg döntéséhez szükséges legszemélyesebb



3. ábra - A beteg felvilágosítás helye és ideje a betegek és szakdolgozók válaszai alapján

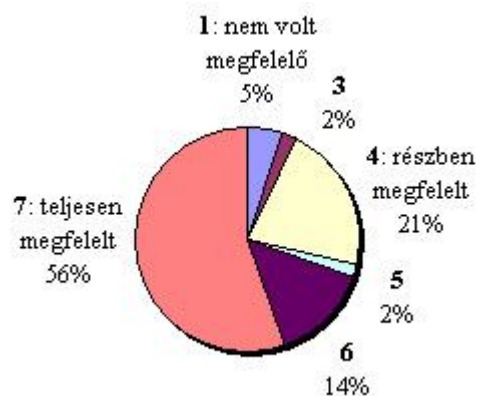
feltételek megteremtésére, a szorongást okozó kérdések felvetésére. A viziten többnyire a hagyományos orvos-beteg viszony jellemző, egyoldalú orvosi tájékoztatás valósul meg, ezért érdemes kritikusan tekinteni a csak elsősorban viziten megvalósuló tájékoztatásra (Jenei, 1996). Az elmondottakat a 3. ábra egészíti ki.

A mintában részt vevő betegek 88,2%-át világosították fel szóban, 1%-át írásban, egyéb módon 1%-át, szóban és írásban 9,9%-át. A 3. táblázat a betegtájékoztatás módjaira vonatkozó véleménykülönbségek megoszlását mutatja a két válaszadói csoport között.

A betegtájékoztatás módja	Betegek (N=203)		Szakdolgozók (N=164)	
	N	%	N	%
Szóban	179	88,2	75	45,7
Írásban	2	1,0	6	3,7
Szóban és írásban is	20	9,9	81	49,4
Összesen	203	100,0	164	100,0

3. táblázat - A betegtájékoztatás módja betegek és szakdolgozók véleménye szerint

Hazánkban a szóbeli tájékoztatásnak kialakult hagyományai vannak, továbbra is ez az alapvető forma. Ezt erősíti meg, hogy a szakdolgozók 45,7%-a a szóbeli tájékoztatást jelölte meg. A szóbeli és írott anyag együttes alkalmazását az alaposabb tájékoztatás érdekében egyre gyakrabban alkalmazzák, ezzel is segítve a kérdezés és hatékonyabb információ megtartás lehetőségét. Az új betegtájékoztató formák gyakorlati elterjedése attól is függ, hogy a dolgozók milyen mértékben képesek az új normákat a minőségbiztosítás részének tekinteni (Simon, 1998.). A külföldi gyakorlattal ellentétben, hazánkban még nem terjedt el a tájékoztató füzet használata. A szóban felvilágosítottak 93,6%-ának azonban részben vagy teljesen megfelelt a szóbeli tájékoztatás. A betegek a felmérés alapján nem igénylik a bővebb, áttekinthetőbb, részletesebb írásos tájékoztatást, amint arra a 4. ábra is rámutat.



4. ábra - Megfelelt-e a kapott tájékoztatás?

Ezen a kérdéskörön belül a felvilágosítás információtartalmát is vizsgáltam, azt, hogy a felvilágosítás milyen problémakörökre terjedt ki. A modern egészségügyi jog a tájékoztatást alapvető jognak tekinti, de egyben az egészségügyi személyzet és a beteg közös érdekének is. Fontos, hogy a beteg kap-e elég részletes felvilágosítást ahhoz, hogy érvényesíteni tudja a saját érdekeit, a számára fontosnak tartott tényezőket a gyógykezelés során, illetve dönthet-e a vállalandó következményekről és alternatívákról. Bár a beteg gyógyításának orvosi és egyéb érdekei nagyon sok esetben azonosak, de mégsem *sui generis*²⁾ esnek egybe, közöttük csak a beteg képes rangsorolni. Ezért az orvos gyógyítani akarása olyan erkölcsi érték, amit soha nem kívánatos feladni, de betegek

hozzájárulása nélkül érvényesíteni sem (Jenei, 1996.).

Arra a kérdésre, hogy kielégítőnek találják-e a felvilágosítást a betegek és a szakdolgozók, az alternatív gyógymódok lehetőségeinél találtak hiányosságokat, mindkét esetben a szórás is itt volt a legmagasabb (4. táblázat).

Vizsgálatom is rámutatott a hazai betegtájékoztatás gyenge pontjaira. A szabad orvos- és intézményválasztás egyik feltétele ugyanakkor az lenne, hogy a páciensek a megfelelő alternatívák és referenciák ismerete alapján tudjanak választani kezelő intézményt vagy gyógyító személyzetet (Fridli, 1999). A szakdolgozók saját bevallásaik szerint kevesebbet foglalkoznak a fenti kérdéssel (5. táblázat: átlag = 3,99; szórás = 1,94).

Betegjogok	Betegek		Szakdolgozók	
	(N=203)		(N=164)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Az emberi méltósághoz való jog	2,80	1,75	3,72	1,42
Az ellátás hozzáférésehez való jog	2,79	1,64	3,01	1,88
Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	2,40	2,10	2,97	1,90
Az intézmény elhagyásának joga	2,14	1,75	2,94	1,62
Az orvosi titoktartáshoz való jog	2,14	1,75	2,82	1,60
Az önrendelkezéshez való jog	2,13	1,59	2,78	1,87
Az ellátás visszautasításának joga	2,04	1,69	2,55	1,89
A kapcsolattartás joga	1,57	1,22	1,96	1,30

4. táblázat - Vélemények a betegjogok sérülésének mértékéről

Felvilágosítás	Betegek		Szakdolgozók	
	(N=203)		(N=164)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Az állapotáról, diagnózisról,	5,9310	1,48	4,3537	1,8361
A javasolt vizsgálatról, beavatkozásról	5,5911	1,95	4,6768	1,6126
A vizsgálatok, beavatkozások kockázatáról	5,3547	2,14	4,3963	1,7039
Az ellátás várható kimeneteléről	5,4335	2,05	4,6159	1,5365
A másfajta gyógymódok lehetőségéről	4,2611	2,76	3,9939	1,9424
A gyógyszerelésről	5,2660	2,44	4,6463	1,7540

5. táblázat - A betegek/szakdolgozók véleménye arról, hogy kielégítő volt-e a kapott/adott felvilágosítás

Mindkét csoportban az állapotról, diagnózisról és a vizsgálatokról adott/kapott tájékoztatással való elégedettség mutatja a legmagasabb értéket (5. táblázat). Ez a főleg diagnózisra, vizsgálatra vonatkozó és alternatív gyógymódokat kerülő felvilágosítás nagyon közel áll a hagyományos, paternalisztikus eljáráshoz (Szántó, 1995). Mégis úgy gondolom, hogy a konzervatív magatartásmódot lassan felváltja az egyre mélyülő, mindenre kiterjedő tájékoztatási igény a betegek és az ápolók részéről is.

Hazai empirikus kutatások szerint is az eredményes kommunikáció javítja a gyógyulási eredményeket, még költséghatékonysági arányok tekintetében is. Az pontosan nem ismert, hogy ez a kedvező összefüggés minek a következménye: vajon a kezelésükkel kapcsolatos döntéshozatalba bevont, tájékozott betegek esetében a beavatkozás hatásosabb-e, vagy maga a választás lehetősége az, ami terápiás hatással bír?

A fentiekből az a következtetés vonható le, hogy a felvilágosítási szokások összességében közepesnek mondhatók, a tájékoztatás nem terjed ki minden részletre. Ezt támasztják alá a betegtájékoztatás körülményeiről kapott adatok, melyek szerint a tájékoztatási szokásokban a tradicionális értékek erősebbek és nagyobb kötődést

jelentenek a hagyományos normákhoz. Így a második hipotézis is igazoltnak tekinthető. Hazánkban e téma vizsgálatának még nincsenek hagyományai, de az egyre terjedő egészségügyi minőségbiztosítással a tájékoztatás minőségbiztosítása jól összeegyeztethető lenne.

Összegzés

Az új Egészségügyi Törvényben meghatározott partneri, egyenrangú szerepet a magyar lakosok egy része nem tudná felvállalni. Az az állampolgár, aki eddig az állami gondoskodás védőszárnya alatt hozzászólt az intézményekhez való függéshez, a kollektív döntés mechanizmusaihoz, a viszonylagos biztonsághoz, új értékek között találta magát, és nehezen fogadja el a külső biztonság helyett a személyes kockázatot és felelősséget, az autonómiát.

A betegjogok megismertetése komoly feladatot ró az államra, és e feladat elvégzésében a civil szervezeteknek nagy szerepük lehet tanácsadás, oktatás révén. Meg kell tanítani a betegeket arra, hogy joguk van kérdezni, tájékozódni az orvosi beavatkozások előtt, a gyógykezelés időtartama alatt. A betegek jogaihoz tartozik a tudás, az önmaga helyzetének, lehetőségeinek ismerete, mert csakis e tudás birtokában választhat a beteg ember a kezelések fajtái, az alternatív kezelés vagy a visszautasítás között.

Magyarországon az Egészségügyi Törvényben leírtakat gyakran mint ajánlást, lehetőséget, alternatívát használják fel az orvos-beteg viszonyban. A betegtájékoztatási gyakorlat megváltozásának alapja a jó orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció, amelynek őszintének és hatékonynak kell lennie. A betegtájékoztatási gyakorlat megváltozása azonban hosszas és összetett folyamat.

Vizsgálatom eredményei azt mutatták, hogy az emberi jogok hatékonyabb érvényesülése érdekében szemléletváltásra van szükség. Egyetlen törvény sem vezet automatikusan kultúraváltáshoz, nem kényszeríthet mindenkit új magatartásforma elsajátítására, de lehetővé teszi a kívánt irányú elmozdulást.

Irodalom

1. Dempsey, A. és Dempsey, A. D. (1999). Kutatómunka az ápolásban. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
2. Fridli, J. és Garai, B. (1999). A betegjogok Európában. Budapest: Merán stúdiós kiadvány.
3. Jenei, I. (1996). A tájékozott beleegyezés gyakorlatához vezető út nehézségei. Valóság, XXXIX., 6, 78-82.
4. Jenei, I., Murányi, I. (1994). Mit mondunk a betegnek – Betegtájékoztatással kapcsolatos attitűd vizsgálat orvostanhallgatók körében. Lege Artis Medicinae, 4, (9), 896-902.
5. Jenei, I., Kemény, Cs., Horváth, S., Ajtai, B., (1996). Betegtájékoztatási szokások három sebészeti intézményben, Lege Artis Medicinae, 6, (9-10), 584-591.
6. Losonczy, Á., (1998). Utak és korlátok az egészségügyben. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
7. Sándor, J. (1996). A személyhez fűződő jogok védelme az egészségügyi ellátásban. Lege Artis Medicinae, 4, (9-10), 592-596.
8. Sándor, J. (1994). Az önrendelkezési jog korlátozása a gyógyításban, Lege Artis Medicinae, 4, (8) 798.
9. Simon, T., Baricza, S. Bors, J. et al (1998). Betegtájékoztató összeállítás, kiadása és hatásának felmérése a Várpalotai Kórházban. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 36 (4), 399-405.
10. Szántó, Zs. (1995). Az orvostudomány, az alternatív gyógyászat és az orvosi szociológia. Lege Artis Medicinae, 5 (11), 1044-1051.

[vissza a tartalomhoz vissza a főoldalra](#)

Az ápolói hivatásról

Szentgyörgyi Márta tanuló, ápoló-HÍD, II. évfolyam

(Szent-Györgyi Albert Egészségügyi és Szociális Szakközépiskola és Szakképző Intézet, Kecskemét)
(Diákkonferencián I. díjat nyert pályamunka átdolgozása)

Célkitűzés: az ápolói hivatásról, az ápolás jövőjéről, a hivatás gyakorlásának nehézségeiről, szépségeiről vallott nézeteknek, a pályára kerülés motivációinak a megismerése.

Módszer: kérdőíves megkérdezés az ápolói pályán 2,5–23 éve dolgozó 20 fő részvételével.

Eredmények: a válaszadók nagyobb százaléka szereti munkáját, belső motivációkkal került a pályára, hivatásának tekinti azt, és végzi akár nyugdíjazásig is. A válaszadók kicseng azonban az objektív körülmények nehézsége, a fizikai, lelki túlterhelés, a hiányosan megvalósítható minőségi ápolás miatti keserűség érzése. A válaszadók egy része pozitívan látja az ápolás jövőjét, az oktatás területén elindult nagyarányú fejlődést, változást, az elmozdulást az embercentrikus ápolás felé.

Következtetések: az ápolói pályán hosszú ideje kitartó, munkájukat hivatásszerűen gyakorló ápolók naponta felveszik a harcot azért, hogy megőrizték a hivatás imázsát, és nem hátrálnak meg a nehézségek ellenére sem. Jobban oda kellene figyelni a fiatal pályakezdő ápolókra, akik optimistán tekintenek a jövő felé, várva a pozitív irányú változásokat, bár tisztában vannak az ápolói hivatás gyakorlására nehezedő súlyos terhekkel és az objektív körülmények hiányosságaival.

*“Hinni kell abban, amit az ember cselekszik, amit akar, amit lehet, vagy amit álmodik.”
(Romain Roland)*

Témaválasztás indoklása

Sok évvel ezelőtt, szinte még gyerekfejjel eldöntöttem, hogy én ápolónő leszek. Vonzott az a tudat, hogy segíteni tudok majd sok embernek, és talán édesanyám ápolónői tevékenysége is jelentős befolyással bírt rám. Azóta eltelt már néhány hosszú év, és hamarosan én is végzett ápolónő leszek. Sokan a munkám felől kérdezve megintatják a fejüket, és gyakran az ápolónők közül is felteszik nekem a kérdést: “Biztos, hogy ezt akard csinálni?” Ilyenkor felmerül bennem az, hogy vajon mi indíthat valakit egy ilyen kérdésre? Főként akkor gondolkodom el, amikor egy szakmabeli kérdezi ezt, s szinte még én érzem magam rosszul amiatt, hogy nekem erről a kérdéstről más a véleményem. Felkeltette a kíváncsiságom az, hogy vajon hogyan is működnek ezek a dolgok valójában. Hiszen hallok mást is az ápolásról, azt, hogy “milyen értékes, becsülendő hivatás, milyen ragyogó, nemes küldetés, ...” és még sorolhatnám a dicsőhimnuszokat. Az ám, de akkor hogy jön ide mindaz, amit a gyakorlatban oly sokszor megtapasztaltam? Mi a valóság? Létezik olyan, hogy valakinek valóságosan is hivatása legyen az ápolás, vagy csak az elméletben van így?

Azt hiszem, minderre a legjobb példa az édesanyám, akinek már hosszú évek óta figyelem odaadó munkáját. Kezdetben nem értettem igazán, honnan van ereje ehhez a fizikailag, és szellemileg egyaránt leterhelő munkához. Miért mondja, hogy szereti azt, amit csinál, és azokat, akikkel foglalkozik? Hisz olyan sokszor láttam fáradt arcát munka után, és hányszor mesélt arról, hogy bár szereti a munkáját, de emellett mennyire nehéz is. Aztán mégis ment mindig tovább, rendületlenül. Pedig nem lehet azt mondani, hogy olyan nagyon könnyű dolga van, tekintettel arra, hogy állandóan idős emberek között végzi a munkáját, ahol minden nap jelen van a halál nyomasztó árnyéka, és a felépülés lehetősége sokkal csekélyebb, mint ha fiatal betegek volnának. Így még azt sem mondhatja, hogy milyen jó érzés egy ember felépülését látni, és segíteni abban, hogy ismét teljes életet élhessen, hiszen betegeinek többsége már az önellátásra sem képes. Sokszor azon gondolkodtam, hogy mi lehet az, ami még a pályán tartja annyi nehéz év után? Meddig lehet ezt bírni? Emellett nagy serényen ingattam a fejem, hogy hát ez mégsem lesz így jó hosszú távon. Édesanyám pedig csak ment, és hűen ápolta betegeit, nem hátrált meg, hisz ahogy Ő mondaná: “A véremben van a segíteni akarás, még akkor is, amikor nem vagyok szolgálatban.”

Most, az ápolói hivatást megismerve, én sem gondolkodom másként, mint édesanyám, s ahogy az évek telnek egyre jobban megértem Őt, és azokat, akik hozzá hasonlóan élnek az életüket. Bár az előttem járókat szemlélve néha kicsit megszeppenek, látva némelyik ápoló unott, közömbös arcát. Mi tette olyanná őket, amilyenek? Bizonyára bennük is ott volt a tenni akarás, a lelkesedés tüze, aminek most már csak az emlékeikben van nyoma. Talán én is belefáradok egyszer és hozzájuk hasonlóan jó példa leszek a rossz példára? Eltöprengtem azon, hogy vajon milyen lesz az ápolásnak, mint hivatásnak a jövője? Vajon hová vezet az ápolás útja, milyen lesz a jövőnk? Szomorú, de tény, hogy az egészségügy állapota korántsem mondható fényesnek hazánkban. Mégis kell hinnünk az ápolás jövőjében, és úgy is kell élnünk, mint akik bíznak benne, megtéve mindent, ami tőlünk telik.

Szakirodalmi feldolgozás

Sok könyvet, értékes irományt forgattam kutatva, mit gondolnak az emberek az ápolásról, a hivatásról, és e kettő kapcsolatáról. Az ápolás múltja hosszú évszázadokra nyúlik vissza, fontosságát kimondatlanul is igazolta az élet minden korban. Az ápolók munkája az a munka, amelyre mindig szükség volt és lesz is, amíg világ a világ, s amely jelképe lett a segítségre szorulóknak iránti figyelemnek, a megértésnek, a segítségnek. Tudomány, amely megkívánja a diszciplína specifikus tudásanyagának és készségének ismeretét, emellett művészet is, tekintve a megszerzett tudás hatékony és eredményes alkalmazását. Olyan küldetés, amely megtanít arra, hogy ne mindig csak önmagunk körül forogjunk, hanem észrevegyük a másik embert is. Hivatásként érdemes csak tekinteni és megélni, mert különben elveszti valódi értékét.

Egy hivatás fejlődésének fontos pontja az, amikor megjelenik a róla, érte írt szabályszerű etikai kódex, amely magában hordozza az adott szakma morális értékét, figyelemmel kíséri, szabályozza a normák rendszerét. Az ápolásnak 1903 óta van etikai kódexe, amely meghatározza az ápolói szakma céljait, értékeit és az ápolói magatartás szabályait. A kódexben lefektetett etikai elvek az ápolói gyakorlat alapjai, a hivatásos nővérek teljes körű felelősségének a nyilatkozata, amely a nővéri munka minden területét érinti. Megfogalmaz négy alapvetően fontos kötelességet, amelyek minden helyes ápolói magatartásnak mozgatórugói: az egészség elősegítése; a betegség megelőzése; az egészség helyreállítása és a szenvedés enyhítése. Mindenképp fontos lenne, hogy ezek belső motivációvá váljanak, és ne csupán kötelesség szintjén maradjanak meg, mert csak így lehet az ápoló

viselkedése hiteles. Sokszor szükséges, hogy az ápolói viselkedés és kompetencia szabályokba legyen foglalva, ezzel könnyebbé téve az ápoló helyzetét, tudva, hogy mit is várnak el tőle valójában. Az ápoló az ápolás hivatásos művelője, felelőssége tehát, hogy az ápolás küldetését hűen és hitelesen végezze, s ezzel a felelősséggel elsősorban azoknak az embereknek tartozik, akik az ápolási ellátást igénybe veszik. Az, hogy mindezt mennyire veszi komolyan, kihat a szakma általános elismertségére, az ápolás megbecsülésére, hiszen az emberek véleménye nagyban függ az ápoló által közvetített értékrendtől. Az ápolói hivatást fel lehet magasztalni, lehet róla dicsőhimnuszokat zengeni, de addig mindez csak szépen csengő, ám üres szó marad, amíg ki nem állta a szürke hétköznapi kemény próbáit, ahol mi, ápolók vagyunk a gyakorlati kivitelezők. Nálunk dől el, hogy gyakorlatilag mennyire használhatóak a leírtak. Mindaddig nem lehetnek hitelesek a hivatásról zengett szövegek, amíg nincs, aki megvalósítsa őket. Rajtunk áll vagy bukik a dolog. Strasen "Az ápolói hivatás imázsa" című könyvében így vélekedik: "Az ápolói hivatás imázsa az elmúlt évtized divatos témája volt, de ez a divat a hivatás általános imázsára alig gyakorolt hatást. Ezzel szemben azonban a nővérek szakmai gondolkodásmódjának és viselkedésének számos vonása látható hatást gyakorolt."

Az ápolói pálya az utóbbi években a hazai társadalmi folyamatok kapcsán jelentős értékvesztésen ment keresztül. Mind az anyagi, mind az erkölcsi megbecsülés elmaradt más szakmák, hivatások elismertségétől. Sajnos ez a változás erősen kihatott a pályán dolgozók szakmai moráljára is. Azt, hogy ki, hogyan és mit tehetne helyzetünk javulása érdekében, sokáig vitathatnánk, ám tény, hogy bizonyára mindenki először a "másikat" emlegetné, nem önmagát. Pedig valójában rajtunk áll főként, hogy haladunk-e előre vagy csak egyhelyben rostokolunk. Strasen a már idézett könyvében erről igen találóan így írt: "Az ápolónőknek arra kell koncentrálniuk, amit ők maguk tehetnek saját és szakmájuk imázsának megváltoztatása érdekében. Sok esetben nem is hisznek abban, hogy saját hatalmukban áll a szakma imázsának megváltoztatása; ezért aztán külső forrásoknál keresnek megoldást. Mindaddig, amíg a nők úgy vélekednek, hogy sorsukat külső tényezők határozzák meg és ezzel kompromisszumot kötnek, addig semmit sem kell tenniük. Pártatlanok maradhatnak, és nem kell cselekedniük vagy egyéni felelősséget vállalniuk saját sorsukért. Ezzel ellentétben a sikeres nők inkább belső, mint külső kontrollal jellemezhetők."

Mindennek feltétele a helyes önértékelés, ami nélkül nem lehet előbbre jutni. Az ember önmagáról alkotott képe, véleménye arról, hogy mi mindenre képes vagy éppen képtelen, nagy befolyással bír a munkájára. Sőt, sokszor arra is, hogy mások hogyan vélekednek az egyénről és annak tevékenységéről. Így az ápolói hivatást tekintve sem mindegy, hogy az ápoló milyen értékrendet közvetít környezetére felé. Fontos az alapmotiváció, amiért erre a pályára lépett, és az is, hogy mit gondol magáról a hivatásról, mennyire becsüli meg a munkáját, hogyan, de főként, hogy miért teszi azt, amit tesz? Mi az, amiért hű vagy hűtlen lesz a pályához, látja-e, akarja-e, munkálja-e az ápolói hivatás jövőjét?

Az ápolást mint hivatást Florence Nightingale már az ő idejében is veszélyben látta: "Az egyik, hogy divattá válik. A másik, hogy kenyérkeresetté süllyed. A végső veszedelem, hogy megállunk, ahelyett, hogy továbbfejlődnénk. Nem szabad megmerevednünk a közepszerűségben." (idézi Vértes, 1996)

Kutatás célja, módszere

Kíváncsi voltam, hogy miként vélekednek azok, akik már jóval előttem elindultak ezen az úton, így hát megkérdeztem egy felnőtt továbbképzés keretén belül alakult, 20 fős ápolónő-csoport véleményét erről a témáról. Ehhez egy nyolc nyitott kérdést tartalmazó, név nélkül kitöltött kérdőívet használtam. (1. ábra) A kérdések vonatkoztak a pályán eltöltött évekre, a pályára kerülés és ott maradás motivációira, az ápolói hivatás szépségeire, nehézségeire. Emellett kíváncsi voltam arra is, hogy mit gondolnak az ápolásról mint hivatásról, szerintük meddig lehet ezen a pályán maradni, és miként látják az ápolás gyakorlásának jövőjét.

Hány éve dolgozik Ön az ápolói pályán?
Mi indította Önt, hogy erre a pályára lépjen?
Mi tartotta Önt eddig a pályán?
Mít gondol, meddig lehet ezen a pályán kitartani?
Milyen szépségeit és nehézségeit tudná leírni?
Mít gondol Ön arról, hogy mi a különbség a foglalkozás és a hivatás között?
Lehet-e ma az ápolásról, mint hivatásról beszélni, és hivatásként gyakorolni?
Mint hivatás, milyen jövőjét látja az ápolásnak?

1. ábra: A felméréshez használt kérdőív

A vizsgálat eredményei

A vizsgálatban részt vevő 20 ápolónő pályán eltöltött időtartam szerinti megoszlását az 1. táblázat szemlélteti.

Pályán eltöltött idő (év)	Fő (%)
2,5 –5	6 (30)
6 – 10	8 (40)
11 – 15	1 (5)
16 – 20	4 (20)
21 – 23	1 (5)
Összesen	20 (100)

1. táblázat - Az ápolói pályán eltöltött idő (N= 20)

Érdekes volt olvasni a szinte velem egykorúak és a nálam jóval idősebbek véleményét ugyanabban a témában. Rossz tapasztalataimból kiindulva attól tartottam, hogy csupa negatív véleményt fogok találni. Ezzel ellentétben meglepően nagy százalékban pozitív válaszokat kaptam. Az ápolók többsége (90%) olyan értékes, belső motivációkat jelölt meg pályára lépésének indítóokaként, mint “az emberek szeretete, segíteni akarás, gyengébbek felkarolása, egy pozitív kórházi élmény”. A megkérdezettek közül csupán néhányan vallották azt, hogy merő véletlen folytán kerültek az egészségügybe, a többség már eleve ilyen pályára készült. Nagyon meglepett, és talán jól is esett, hogy egyikük ezt írta: “Ez volt a hozzám legillőbb”. Ahogy olvastam ezeket a vallomásokot, és néztem a pályán töltött évek számát, szinte elcsodálkoztam. Ők vajon miért olyan kitartóak? Hogy lehet, hogy annyi év után még mindig örömmel tudnak fehér köpenyt húzni? Mi tartotta őket itt? Kérdéseimre megkaptam a választ a kitöltött kérdőívekből. A pályán maradás motívumai közt legtöbbször az ápolói munka szeretetét említették (65%), de emellett fontos szempontként a segíteni akarás (10%), a munka érdekessége (10%), a jó munkaközösség (5%) is megjelent. A sok pozitív vélemény között viszont volt, aki bevallotta, hogy a legszívesebben már most, akár azonnal is elmenne erről a pályáról, csak hát nincs hova mennie, nincs lehetősége kilépni, változtatni. Igaz, a többihez képest elenyésző volt az ilyen válaszok száma (10%), de azért elgondolkodtató, hiszen a tapasztalat azt mutatja, hogy bizony jó néhányan gondolkodnak így a mai ápolók közül is. Ám örömmre szolgált az, hogy a vizsgált ápolók nagy része optimistán tekint a jövő felé. Ezt mutatja az is, hogy a csoportnak több, mint a fele nyugdíjáig szeretne a pályán maradni, nem tudna más munkát elképzelni magának, s amíg az egészsége engedi, ragaszkodik hivatásához. Ők hisznek még abban, hogy van értelme, jövője, öröme ennek a munkának. Másrészt akadtak, akik a pályán maradásuk idejét ahhoz mérték, hogy milyenek lesznek a körülmények, s mert nagy önfeláldozást kíván ez a munka, úgy vélik, nem sokáig lehet, nem sokáig érdemes itt maradni. Látom a nehézségeket, de vannak szépségei is ennek a hivatásnak, amit kár lenne figyelmen kívül hagyni. A megkérdezetteknek az erre vonatkozó kérdésre adott válaszai a 2. táblázatban láthatóak.

Itt kiténik a pálya nehézségeinek túlsúlya, amelyben a külső, objektív nehézségeket, de a fizikai, lelki megterhelés súlyát is megjelölték a válaszadó ápolók. Mindezt jobb híján kénytelenek sokszor segítség nélkül magukkal hordozni, ennek ellenére minden nap újra kezdeni a munkájukat, és sokszor egyedül, védtelenül megélni az etikátlan helyzeteket. Persze sokan próbálják ellensúlyozni a nehézségeket, és észrevenni azt, amiért még érdemes kitartónak lenni, hiszen másként az ember könnyen elkeseredne és elveszítené az örömet.

Szépségei	Nehézségei
Hála, köszönet a betegek részéről	Ápolónő nincs védelem alatt
Segíthetek, megérthetek másokat	Sok etikai vétséggel találkozunk
Gyógyulás, felépülés örömet nyújt	Fizikai, lelki megterhelés
Mindig van remény	Amikor nem tudok segíteni
Jó munkahelyi légkör	Másokhoz való alkalmazkodás nehézsége
	Társadalmi, anyagi, erkölcsi megbecsülés hiánya
	Egészségügy kilátástalan helyzete

2. táblázat – Az ápolói pálya szépségei, nehézségei

Ha igazán akarjuk, akkor észrevesszük még a betegek halvány mosolyát is, ami nekünk szól hálából, és nem felejtjük el, hogy a remény hordozói vagyunk, ami nem kis dolog, főleg annak, akinek éppen erre van szüksége. Úgy gondolom, volna még mit sorolni, sok aprónak tűnő, mégis felbecsülhetetlen értékkel bíró gyöngyszemet, amit csak az fedezhet fel, akinek valóban hivatása az ápolás, hiszen csak az ilyen ember akarja felfedezni igazán mindezt.

De mi is a hivatás? Van különbség foglalkozás és hivatás között? Azt hiszem nagy, és alapvető különbség van a két fogalom között. Sok jó megfogalmazást találtam a válaszok között, amelyekből kitűnik, hogy a kettő lényegében teljesen más kategóriába tartozik. "A foglalkozásnak tekintett munka csak eszköz a célok, és a fennmaradás elérése érdekében." - írta az egyik ápolónő. Olyan tevékenység, amelynek igazi hajtóereje érdeki, motiváció csupán, amihez nem fűződik semmi az emberből (a pénz és a karrier utáni vágyán kívül). Szerencsére a többség válasza arról tanúskodott, hogy van még olyan ápoló, akinek hivatása is a munkája. Azt, akinek hivatása van, nem a pénz, a karrier utáni vágy motiválja, hűségét nem lehet megvenni, vallották a megkérdezettek. Szívvel-lélekkel, teljes lényét, legjobb tudását beleadva teszi nap mint nap munkáját, legyen bár megbecsülve vagy a háttérbe szorítva, elfelejtve. Belső hajtóereje mélyebbről fakad, mint annak, akinek csak foglalkozása van, és még akkor is kitart, ha legtöbben egy jobb megélhetés reményében elhagyják a pályát mellőle. Magáénak érzi a munkát, felelősséggel tekint mindazokra, akiket a gondjaira bízta, és nem érzi áldozatnak önmagát minden nehézség ellenére sem. Munkája nem a pénz és az idő függvénye elsősorban, jó reménységgel, optimizmussal tekint a jövő felé.

Hogy lesz-e, és milyen jövője lehet az ápolásnak mint hivatásnak, sokan sokféleképpen látják. A felmérésben részt vevő ápolók véleményét erről a 3. táblázat tartalmazza.

Pozitív jövőkép (60%)	Negatív jövőkép (40%)
Fejlődést látok az embercentrikus ápolás irányába	Anyagilag, erkölcsileg egyre rosszabb a megbecsülés
Pozitív irányú változások lesznek 10-20 év múlva	A régen pályán lévők csak az állásukat féltik
Az ápolóképzés napjainkban sokat fejlődött	Az ápolás feltételei nap mint nap nehezebbek
Mindig hivatás marad az ápolás	Sok a pályaelhagyó
Vannak és lesznek mindig lelkiismeretes ápolók	A kiegészítés veszélye fenyegeti az ápolókat
Csakis hivatásként van jövője	Egyre több az elvárás, a létszám pedig kevesebb

3. táblázat - Az ápolók véleménye az ápolói hivatás jövőjéről

Mégis a felmérésben résztvevők 60%-a pozitív jövőképet írt le, és ez az arány bizakodásra ad okot. Pozitívumként említették többek között azt a tényt is, hogy az ápolás mindig hivatás marad, hogy valóban csak hivatásként van értelme. Jó látni, hogy vannak még olyan emberek, akik lelkiismeretesen fognak ápolni, és élethivatásuk marad az ápolás. Vannak, akik annak a feltételezésüknek adtak hangot, miszerint 10-20 év múlva lesznek az egészségügyben nagy változások, s a már most látható, tapasztalható embercentrikusabb ápolást tapasztalva bíznak a további fejlődésben. Fontos tényezőként említik az egyre fejlődő ápolóképzést is, aminek nagy jelentőséget tulajdonítanak. Negatívumként felmerült az ápolók megbecsülésének hiánya, mind anyagi, mind erkölcsi téren, s az, hogy bármennyire is igyekeznek, nem tudnak sokszor olyan színvonalon ápolni, ahogyan azt szeretnék. Ennek egyik okaként említették azt is, hogy a beteg ember gyakran elvesz a sok adminisztrációban, és szinte csak, mint "eset" van jelen, nem mint személy. Az objektív feltételek egyre nehezebbé válása, a sok pályaelhagyás ténye, a kiegészítés veszélyétől való félelem, mind azt mutatják, hogy bár próbálnak optimisták lenni ezek az ápolók, ez koránt sem olyan egyszerű dolog számukra. A válaszok egy részéből kicseng az aggodalom, és a jövőtől való félelem is.

Következtetések

A felmérés eredményei igen vegyes érzéseket váltanak ki belőlem. Szinte magam előtt látom ezeket az ápolókat, amint halvány mosollyal az arcukon, ám szemükben fáradt aggodalommal próbálják megfogalmazni mindazt a reményt, és szorongást, ami bennük él. Mai világunkban a változás nagyon felgyorsult, az élet minden területén szinte végigsöpör a "mindig új" szele. Fejlődő, egyre modernebb életfelfogásunkban, gyorsuló élettempónkban valljuk, hogy az emberért teszünk, hozunk létre megannyi csodálatos dolgot, mégis úgy tűnik, mintha pont az ember veszne el a sok újbán. Természetesen szükség van a folyamatos fejlődésre, ha az valóban az emberek javát szolgálja. Kell a változás, helyes a törekvés a "még jobb" felé, sőt kívánatos lenne sok gyakorlalon gyökeres változtatást végrehajtani. Hiszen elméletben mindenki nagyon jól tudná, hogy mi lenne a jó, a megvalósult gyakorlat azonban ettől messze áll. Gyakran nem az ápolók helytelen hozzáállásával van probléma, sajnos meg kell látnunk, hogy nem mindig elég az, hogy az ápolókban van akarat, hivatástudat, fogékonyság a változás iránt. Megecsik az is, hogy az ápoló önhibáján kívül nem tud lépni, hiába szeretne, a környezet olyan akadály, ami elfojt minden kezdeményezést. A megszokottból való kilépés sokszor nagy erőfeszítések árán valósulhat csak meg. Erre az az ember képes, aki stabil meggyőződéssel, énképpel rendelkezik, és van elég kitartása ahhoz, hogy ne adja fel olyan könnyen a dolgokat.

S valóban, törekednünk kell arra, hogy minél előrébb jussunk, és megtegyük azt, ami tőlünk telik. Ehhez olyan emberekre van szükség, akik hivatásuknak érzik az ápolást.

Az ápolók között végzett kutatás eredményét összegezve elmondhatom, hogy az általam megkérdezett ápolónők többségükben szeretik a munkájukat, szívesen dolgoznak, amíg csak megtehetik, akár nyugdíjazásig is. Sokat jelent nekik a hivatásuk, szívvel-lélekkel teszik mindennapi teendőiket, belső motiváció vezérli őket, amelyből érezhető a fizikai és lelki fáradtság, s az objektív nehézségek okozta, hiányosan megvalósítható minőségi ápolás miatti keserűség érzése is. Ennek egyenes következménye az elvárások és az adott lehetőségek egyensúlyzavara miatti állandóan jelenlévő kielégítetlen szükségletek, ami súlyos pszichés terhet ró az emberre. De mindennek ellenére maradnak a pályán, és inkább naponta felveszik a küzdelmes harcot, mintsem meghátrálnak. Őket szemlélve mit is mondhatnék? Csak most lépek a felnőttek rohanó, zajos világába... De már így, a küszöbön állva is látom, hogy az általam megálmodott önzetlenség virágára, a hivatásom törekény értékére nekem magamnak kell vigyáznom, mert nem teszi meg helyettem senki. S hogy hova jutok? Mi lesz belőlem? Vajon ki határozza meg, ki tesz olyanná, amilyen leszek? Rajtam múlik-e mindez, hogy mivé akarok válni? Azt hiszem, az én sorsom már el van döntve. Még naivan hiszek a jóban, és abban, hogy bár látom a rosszat, de még nincs veszve semmi, amíg élek, remélve nézek a holnap elé. S azt hiszem, kitartó leszek, és nem fogom feladni. Miért? Mert van valaki, aki belém csepegtette az ápolás hivatásának szeretetét. Van, aki velem együtt jön, még akkor is, ha nem lesz egyszerű dolgunk. Amíg csak élek, szeretném én is elmondani édesanyámmal együtt, hogy:

"A véremlen van a segíteni akarás, még akkor is, amikor nem vagyok szolgálatban".

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondok köszönetet osztályfőnökömnek, Nagy Lászlónénak, aki biztatásával és bátorításával segítségemre volt a cikk megírásánál.

Irodalom

1. Strasen. L.L. (1997): Az ápolói hivatás imázsa. Medicina, Bp.
2. Lahiff, M: Vezetés és változás az ápolásban. Lemon 11. sz. füzet.
3. Rozsos Erzsébet (1992): Szakmai perspektíva az ápolók számára. Az etikai kódex. Nővér, 5, 6.
4. Vértés László (1996): Florence Nightingale születésének évfordulójára. Nővér, 9, 2.

[viissza a tartalomhoz](#) [viissza a főoldalra](#)

Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás 6. rész ISO 9000:2000, EFQM kiválóság modell és a standardokon alapuló akkreditáció

Dr. Gulácsi László egészségügyi közgazdász
(Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem)

“Amennyiben valóban elkötelezettek vagyunk a minőség fejlesztésében, szinte minden minőségfejlesztési mechanizmus működni fog. Ha nem, akkor a lelegegánsabban felépített módszer is csődöt fog mondani.” (Donabedian, 1999)

“A minőségbiztosítási szakembereknek és a vezetésnek, az egészségügyről és a betegellátásról vallott közös értékek, a klinikai kérdésekben való kimutatható szakértelem, a monitorozás és minőségbiztosítás metodikájának kiváló ismerete, a folyamatos és hiteles segítőkészség, valamint a nyilvánvaló tárgyilagosság alapján végzett munkával a szervezetben legitimitációt kell szereznie.” (Donabedian, 2000)

6.1. A legmagasabb domb tetejéről nézzünk szét!

Miután az adott egészségügyi intézményben döntés született a minőség összehangolt stratégiai fejlesztésének a szükségességéről, a következő kérdés, hogy hogyan lehet ezt szervezett formában elkezdni. Általában először az a kérdés merül fel, hogy az intézmény szempontjából az ISO 9000 szabványrendszer, vagy az EFQM kiválóság modell, esetleg a standardok alapján történő tanúsítás/akkreditáció alkalmazása lenne-e a célszerű.

A “célszerű” jelentése ebben a környezetben is hatékony és költség-hatékony. Azt a módszert érdemes választani, amelyik rövid- és hosszú távon egyaránt hozzásegíti az egészségügyi intézményeket a jogszabályok alapján kötelező és az elvárt (tulajdonos, finanszírozó, egészségpolitika, országos és helyi politika) minőségi szint eléréséhez (illetve ennek a verseny és más tényezők által megkövetelt mértékű meghaladásához), elősegíti a vezetés és a munkatársak által kitűzött célok megvalósítását (küldetés és jövőkép), és megfelel a betegek szükségleteinek az adott ellátási területen. Azaz olyan választására van szükség, amely a lehető legnagyobb mértékben támogatja az intézmény stratégiai céljait, ezen belül is annak nagyon fontos részét, az intézmény hosszú távú minőségpolitikáját. Egy jó minőségű egészségügyi ellátást szolgáló rendszer létrehozása időigényes, évtizedes elkötelezettséget jelent, ezért az első, stratégiai döntések alapvető fontosságúak.

Az elmondottak alapján az első kérdés tehát nem az, hogy az ISO 9000 szabványt, az EFQM modellt vagy a standardokon alapuló akkreditációt válasszuk-e, hanem az, hogy az adott intézményben, a helyi adottságokat, lehetőségeket, várható perspektívákat, problémákat és más tényezőket figyelembe véve, mit is akarunk csinálni a minőség fejlesztésének a terén, és erre milyen lehetőségek adóttak, illetve elérhetők (a vezetés és a munkatársak elkötelezettsége, anyagi források és tényezők).

A fejlett országok tapasztalatai ezen a téren elég nehezen interpretálhatók. Ezekben az országokban, az intézmények “modellválasztását” sokszor több évtizeddel megelőzte a fejlett minőségbiztosítási, fejlesztési tevékenység. Sok helyen a már áttekinthetetlenül nagyszámú és emiatt kaotikussá váló minőségbiztosítási tevékenység összerendezése, hatékonyságának fokozása céljából alkalmazzák az EFQM modellt, illetve annak “folyamatok” kritériuma esetén az ISO 9000 szabványt. Hozzá kell tenni azt is, hogy az esetek többségében modellek választásáról nem is beszélhetünk. Az európai kórházak óriási többsége teljesíti az adott országban a minőséggel kapcsolatos kötelezettségeket és elvárásokat anélkül, hogy bármely modell mellett lehorgonyozna. Az egyes modellek kínálta lehetőségek közül azt használják, ami az adott esetben az adott célra a legjobb, esetleg többet is párhuzamosan.

6.1.1. Az ISO 9000, az EFQM kiválóság modell és az akkreditáció rövid összehasonlítása

A három minőségügyi rendszer egymáshoz való viszonyát szemlélteti az 1. ábra (Nabitz, 1998). A szintén feltüntetett, holland “vizitáció” hazánkban nem terjedt el, ezért ennek ismertetésétől eltekintünk.

Az EFQM-modell egy sokkal nagyobb minőségügyi rendszer, mint az ISO 9000 szabványrendszer illetve a standardokon alapuló akkreditációs rendszer. Ez az a “legmagasabb domb”, amelynek “a tetejéről



1. ábra - Az ISO 9000, EFQM Modell és az akkreditáció alapú külső kollegiális minőségügyi rendszer

szétnézve a legmesszebbre láthatunk”. Ez az a modell, amelynek a segítségével a minőségfejlesztés, amint ezt az eddigi nemzetközi tapasztalatok mutatják, költség-hatékonyan és sikeresen végezhető. A modell tipikus keretmodell, amikor és ahol arra szükség van, magában foglal(hat)ja az ISO és más rendszerek elemeit is.

6.2 Az ISO 9000 szabványok

Az ISO 9000 szabványok egyedi de egymással összefüggő generikus szabványokat tartalmaznak a minőségmenedzsment és a minőségbiztosítás területén. Az ISO 9000:1994 szabványok feloszthatók ISO 9000; 9001; 9002; 9003, és 9004 standardra. Ezek a következőképpen definiálhatók:

- az ISO 9000 a többi ISO 9000 szabvány interpretálását segíti elő, szakmai szótár, leírások,
- az ISO 9001 szabványok azokkal a szervezetekkel kapcsolatos elvárásokat fogalmazzák meg, amelyek esetén a termelési és szolgáltatási folyamat átfogja a tervezés, fejlesztés, termelés, installálás és szolgáltatás folyamatait,
- az ISO 9002 azoknak a szervezeteknek a megfelelő szabványa, amelyeknél nem folyik tervezés és fejlesztés, ennek megfelelően a tervezés kontrollja nem része ennek a standardnak, amely egyebekben megegyezik az ISO 9001 szabvánnyal. Ez az a szabvány, amely nem kizárólagosan, de legnagyobb mértékben használatos az egészségügyben.
- az ISO 9003 azoknak a szervezeteknek a megfelelő szabványa, amelyknél nincs szükség a tervezés, a folyamatok, a vásárlások és a szolgáltatások kontrolljára, amelyek alapvetően inspekción igényelnek,
- az ISO 9004 a szabványok implementációját elősegítő irányelvként használatos.

6.2.1. Az ISO 9000:2000 szabványcsalád; főbb változások

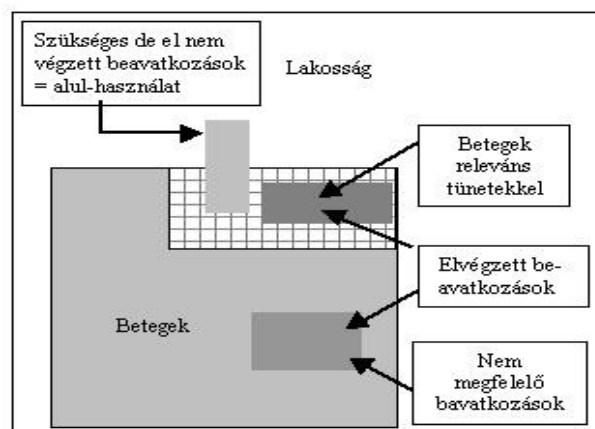
Az ISO Technical Committee 176 (ISO TC 176), amely az ISO 9000 szabványcsalád fejlesztésért és folyamatos revíziójáért felelős, publikálta a fejezetben bemutatásra kerülő, várhatóan 2000 után érvénybe lépő ISO 9000:2000 szabványt (2. ábra), amely az eddigiekhez képest két jelentős változást is tartalmaz:

- Az első, a 9001, a 9002 és a 9003 szabvány összevonása, amely ISO 9001 szabvány néven kerül alkalmazásra.
- A másik lényeges változás az, hogy így a szabvány alkalmazhatósága jelentősen megnő a szolgáltatások területén, és ez jelentős elmozdulást jelent a struktúra alapú minőségirányítástól a folyamat alapú felé. Ez a változás pozitív irányú elmozdulást jelent mindazoknak, akik az eddigi standardokat túlságosan is ipari, termelési orientáltságúnak ítélték.

Ennek megfelelően a 2000-ben használatba kerülő ISO 9000 szabványcsalád várhatóan az egészségügyben is lényegesen jobban felhasználhatóvá válik. (ISO, 1999/1; ISO 1999/2) Az ISO 9000:2000 szabványrendszer részei: az ISO 9000; ISO 9001; ISO 9004; valamint az auditálási irányelveket tartalmazó ISO 10011 szabvány.

Az ISO 9000, 2000-ben bevezetésre kerülő új verziója mind a tartalmát, mind a szerkezetét tekintve jelentős változásokat mutat. A szerkezeti változások között említendő, hogy a korábbi 20 fejezet helyett négy fő cikkelyt tartalmaz:

- a vezetés feladatai (stratégia, célok, feladatok, tervezés, minőségirányítás),
- az erőforrás-menedzsment (emberi erőforrás, információ, felszerelések),
- a folyamatirányítás (vevői elégedettség,



2. ábra - Az ISO/CD2 9000 szabványrendszer

kivitelezés, beszerzés, működés),
- a mérés, elemzés és fejlesztés (audit, a folyamatok kontrollja, folyamatos fejlesztés).

Az ISO/CD2 9001:2000 nemzetközi szabvány, az előző verzió struktúra orientáltságával szemben rendszer folyamat-orientált (2. ábra).

Az új ISO 9001 és ISO 9004 súlypontja a struktúráról a folyamatokra helyeződött át és nyolc alapelvre épül. Ezek az alapelvek a következők:

1. alapelv – Vevő-orientált szervezet: Mivel a szervezet a vevőktől függ ezért pontosan tisztában kell lennie a vevők jelenlegi és jövőben várható szükségleteivel, ki kell elégítenie a vevői követelményeket és elvárásokat.
2. alapelv – Vezetés: A vezetésnek kell összehangolnia a szervezet céljait egységes egészé. A vezetésnek kell kialakítani azt a belső munkahelyi környezetet, amelyben a munkatársak teljes mértékben azonosulni tudnak a szervezet céljaival, feladataival.
3. alapelv – A munkatársak részvétele: A munkatársak a legfontosabb részei a szervezet működésének, annak minden szintjén, annak érdekében, hogy a szervezet elérhesse céljait.
4. alapelv – Folyamat alapú megközelítés: A kívánt eredmények sokkal könnyebben elérhetők, ha a forrásokat és a tevékenységeket folyamatként kezelik.
5. alapelv – Rendszer megközelítés és irányítás: A szervezet hatékonyságát és eredményességét javítja az egymással kölcsönhatásban álló folyamatok identifikálása, megértése, és irányítása.
6. alapelv – Folyamatos fejlődés: A folyamatos fejlődés a szervezet fő célja.
7. alapelv – A tényeken alapuló döntéshozás: A hatékony döntés az adatok és információk elemzésén alapul.
8. alapelv – Kölcsönösen előnyös szállítói kapcsolatok: A szervezet és a szállítói kölcsönösen függenek egymástól, együttműködésük mindkét fél számára előnyös.

Az egészségügyi alkalmazást megkönnyítő változások:

- az új szabvány nyelvezete megkönnyíti a szolgáltatások területén történő alkalmazást,
- a vevői elégedettség és annak mérési módja lényeges,
- a vevőkkel való kommunikáció és kapcsolat fontos terület lett,
- a folyamatok kimenetének (output) és a tevékenységek eredményeinek mérése, adatok elemzése és az információ megfelelő felhasználása gyenge pontja az előző ISO 9000 verzióknak, ez nehézségeket okozott az egészségügyi felhasználásban is.
- folyamatos fejlesztés, a PDCA-ciklus alkalmazása. Ez a felfogás és módszer közelebb áll az egészségügyben dolgozó szakemberekhez, akik maguk is használják a PDCA- ciklust. Megadja az ISO 9000-ból eddig hiányzó dinamikát és megszünteti az eddig sokak által az egészségügyben elfogadhatatlannak tartott "minőség fenntartást", amit az előző ISO-verzió képviselt, és a helyébe teszi a sokkal vonzóbb és lelkesítőbb minőségfejlesztést.

Az EFQM-modellel ellentétben az ISO nem hívja fel a figyelmet közvetlenül a szabványok egészségügyben történő alkalmazhatóságára. Speciálisan egészségügyi alkalmazásra készült ISO szabvány nem létezik és nincs az ISO által hivatalosan publikált irányelv sem a szabványok egészségügyi alkalmazásának elősegítése érdekében. A jövőben azonban ez is megtörténhet, hiszen az ISO megkezdte speciálisan meghatározott szektorokra érvényes szabványainak a létrehozását. Az ISO 9000:2000 részletes leírása terjedelmi korlátok miatt jelen írásunkban nem lehetséges, de a magyar nyelvű szakirodalomban is megtalálható. (Gulácsi, 2000)

6.3 Az EFQM kiválóság modell

Az EFQM-modell alapkoncepciója röviden a következőképpen foglalható össze:

- nem kötelezően előírt végrehajtandó lépéseket tartalmaz (non-prescriptive framework),
- a vevő áll a középpontban (customer focus),
- igen lényeges a munkatársak szakmai fejlődése és részvétele a minőség fejlesztésében (involvement),
- folyamatok és tények vannak a középpontban (processes and facts),
- a vezetés és a céloknak való megfelelés egységének fontossága (leadership and consistency of purpose),
- a társadalom iránti felelősség (public responsibility),
- eredmény orientáltság (results orientation).

6.3.1. EFQM kiválóság modell - RADAR

Az EFQM-modell neve is változott 1999-ben, az új név: "The EFQM Excellence Model" (az EFQM kiválóság modell) tükrözi azt, hogy az új modell kevésbé üzletorientált, hanem sokkal szélesebb körben is használható (3. ábra). Az EFQM-modell két egyenlő fontosságú részre osztható: az "Adottságok" (Enablers) és az "Eredmények" (Results), amelyek 9 főkritériumot és 32 alkritériumot tartalmaznak. Az Adottságok területén található 24 alkritérium segítségével a szervezeten belül felmérhető a feladatok/problémák megközelítésének és megoldásának folyamata, módszere (Approach), valamint konkrét feladatokra lebontott alkalmazás módja (Deployment). A 8 alkritérium által meghatározott Eredmény tényeken alapuló objektív felmérést igényel, amely lehetővé teszi az összehasonlítást más szervezetekkel. (Nabitz és Klazinga, 1999; Nabitz, Klazinga és Walburg 2000)



3. ábra - Az EFQM kiválóság modell

Az
Eredményrésznél
az eredmények
kiválóságát és az
alkalmazás
kiterjedését
vizsgálják.

A modellnek a központi része a RADAR (**R**esults, **A**pproach, **D**eployment, **A**ssessment és **R**eview), amelynek elemei:

- Results (eredmények): A szervezetnek meg kell határoznia azokat az eredményeket, amelyeket célul tűz ki a politika és stratégia kialakítási folyamat során. Az eredmények definiálása a működés-politika és stratégia kialakításának része. Az eredmények tartalmazzák a szervezet pénzügyi és más tevékenységeinek folyamatait, valamint a szervezet stakeholdereinek (Stakeholders: Mindenki, akinek érdeke fűződik a szervezethez, annak tevékenységéhez és sikeréhez) az értékelését, véleményét.
- Approaches (megközelítés, módszer): Olyan, megbízható és integrált módszerek tervezése és létrehozása, amely biztosítja a jelen és a jövő követelményeinek való megfelelést.
- Deployment (alkalmazás, feladatok szintjére történő lebontás): A szervezetnek a módszereket szisztematikusan kell alkalmaznia a teljes körű bevezetés biztosítása érdekében.
- Assessment és Review (elemzés és helyzetértékelés): A szervezet az alkalmazott módszereket elemzi és felülvizsgálja, amely folyamatos tanulási folyamat. Amennyiben szükséges, ennek alapján lehet a fejlesztési igényeket azonosítani, prioritásokat felállítani és bevezetni a szükséges tevékenységeket.

6.3.2 Változások, innovációk: leglényegesebb eltérések az EFQM üzleti kiválóság modell és az EFQM kiválóság modell között - egészségügyi alkalmazás

Az EFQM-modell 2000-ben bevezetésre kerülő új verziója számos ponton hozott változást, különösen nagy változás figyelhető meg az alkritériumok és a vizsgált főbb területek terén. A főbb változások a következők:

- a 9 főkritérium közül 6 változatlan, míg 3 megváltozott,
- a 32 alkritérium közül 6 változatlan, 18 megváltozott, míg 8 alkritérium új,
- a 173 vizsgált terület közül 48 változatlan, 57 megváltozott, míg az újak száma 68.

Célszerű röviden összefoglalni azokat a legfontosabb változásokat, amelyek eredményeként az üzleti kiválóság-modell átalakult kiválóság modellé, részben azon olvasók kedvéért, akik jártasságot szereztek üzleti kiválóság-modell használatának területén, részben pedig azért, mert a modell fejlődéstörténete, a változás tendenciája, jól mutatja az európai minőségügy fejlődési irányát.

A legfontosabb változások a következők:

- a kiválóság modell nem hivatkozik többé a teljes körű minőségre (Total Quality), és a "minőség" kifejezés is szinte alig fordul elő a leírásban,
- minden stakeholder pontosan azonosított az "Eredmények" területén és az "Adottságokkal" is szorosabb a kapcsolat,
- az Eredmények (vevői, munkatársi, társadalmi) sokkal átfogóbb, több mindenre kiterjedő kategória, mint a korábban használt elégedettség. Ez a változás jelentősen érinti az egészségügyi alkalmazást, mivel az egészségügyi szolgáltatások kimenete (outcome) is helyet kap a modellnek ebben a részében. Az outcome valamennyi eredményre vonatkozik, amelynek csak egy része az elégedettség. Megfelelő outcome pedig csak a tudományos/tényeken alapuló orvoslás, ápolás alapján lehet elérni. Ebből is látható, hogy az új modell valóban forradalmi változásokat hozott az egészségügyi alkalmazás terén. (Elkaim, 1999)
- a vezetésre, a vezető személyes szerepére sokkal nagyobb figyelem irányul, mint korábban, a vezető feladata a szervezet irányítási rendszerének kialakítása és bevezetése,
- a működési politika és stratégia területére is nagyobb figyelem irányul, nagyobb szükség van a) stakeholderek jelenlegi és jövőbeli szükségleteinek és elvárásainak a megértésére, és figyelembe vételére a működési politika és stratégia kialakítása során; b) a kulcsfolyamatok rendszerének kiépítésére a működési politika és stratégia kialakítása során. Az egészségügyi alkalmazás terén ez a tudományos tényeken alapuló szükségletfelmérés (evidence based needs assessment) és a tudományos tényeken alapuló kutatás (evidence based research implementation) követelményét jelenti. (Elkaim, 1999),
- az emberi és erőforrás menedzsment során a tudásnak nagyobb a szerepe, és fontos a tudás hatékony menedzsmentje,
- az Adottságok, és különösen az Eredmények területén az új modellben sokkal nagyobb a szerepe a külső partnerekkel való együttműködésnek,

- az Adottságok, ezen belül is a Folyamatok sokkal inkább vevő-orientáltak, a cél az, hogy minden stakeholder a lehető legnagyobb haszonra tegyen szert (nem feltétlenül és nem elsősorban anyagi értelemben) és elégedett legyen,
- az innovációval és kreativitással foglalkozó kritériumok kiemelten fontossá váltak,
- az előző EFQM-modell verzióban használt "üzleti eredményeket" (business results) felváltotta a "kulcsfolyamatok eredménye" (key performance outcomes/results), amely lehet pénzügyi vagy nem pénzügyi eredmény, és az eredmény mérhetővé tétele érdekében a kulcsfolyamatok indikátorai (key performance internal indicators) használatosak mind a pénzügyi, mind a nem pénzügyi folyamatok esetén,
- az együttműködő partnerek eredményei is helyet kaptak az Eredmények között,
- az új kiválóság modell explicit modell-elemként tartalmazza a PDCA-ciklust.

Amint a fentiekből is látható, a változás igen jelentős. Meg kell még említeni azt is, hogy az új verzió ugyan nem tartalmaz egészségügyi terminológiát, viszont a korábban sok nehézséget okozó üzleti zsargont eltávolították a modell szövegéből. Ez a modellnek az egészségügyi alkalmazását, megfelelő irányelv készítését nagymértékben megkönnyíti.

Az EFQM a közszolgálati felhasználást megkönnyítendő irányelvet bocsátott ki a modell közszolgálati területen történő alkalmazására (Public Sector Guideline), amely az eredeti modell kissé módosított változata. Ezen felül az EFQM példákkal illusztrált irányelvet jelentetett meg az egészségügyi alkalmazás elősegítése érdekében. Számos országban hoztak létre a közszolgálati és az egészségügyi felhasználást segítő nemzeti irányelveket az EFQM modell alapján.

6.4 Akkreditációs rendszerek

Az akkreditációs rendszerek összehasonlítása során jelentős azonosságok és különbségek tapasztalhatók a működés és a célok területén. Minden akkreditációs rendszerre jellemző, hogy:

- a) Államilag elismert szervezet:
 - standardokat hoz létre,
 - a standardokat közzéteszi,
 - helyszíni felmérést végez az egészségügyi intézményekben,
 - döntését közzéteszi,
- b) Szakemberek (peers – kollegiális):
 - konszenzussal hozzák létre a standardokat,
 - értékeli a helyszíni felmérés eredményét,
- c) A hangsúly a minőség folyamatos fejlesztésén van.

Jelentős különbségek is észlelhetők az akkreditációs rendszerek között, a legfontosabbak:

- a) az akkreditáció lehet önkéntes vagy kötelező,
- b) a standardok lehetnek minimum vagy optimális standardok,
- c) az akkreditáció lehet kormányzat vagy nem kormányzat által finanszírozott,
- d) független vagy valamely állami szervezet fennhatósága alatt álló,
- e) különbözik a helyszíni felmérés gyakorisága, és
- f) a konzultáció szerepe,
- g) az eredmények publikálásának részletessége is jelentősen eltérő az egyes akkreditációs rendszerek között.

6.4.1. Az akkreditáció klasszikus formája

Az Egyesült Államokban a minimálisan elérendő szint biztosítását célul kitűző minimum standardokat 1966-ban más standardok váltották fel, amelyeknek a célja már az optimálisan elérendő minőség biztosítása volt. Az optimálisan elérendő minőség biztosítását célul kitűző első akkreditációs kézikönyv (Accreditation Manual for Hospitals) 1970-ben került először publikálásra. Ez az eredeti 1 oldalas minimum standarddal szemben már 152 oldalon tartalmazott kórházi standardokat. Ez az akkreditációs kézikönyv az elmúlt csaknem negyedszázad alatt lényeges, az elmúlt években pedig alapvető szakmai filozófiai változásokon ment keresztül. Ennek a lényege röviden a következő: kevesebb bürokratikus kontroll, több szakmai autonómia, garanciával.

Az akkreditáció Észak-Amerikában kezdődött, amikor az amerikai sebészek társasága a sebészek megfelelő képzéséhez és továbbképzéséhez keresett megfelelő intézményeket. Miközben egyre közelebb jutottak ahhoz, hogy leírják az ezzel kapcsolatos elvárásokat, felismerték, hogy egyre közelebb jutnak annak a leírásához, hogy milyen a megfelelő kórház. Az akkreditáció először lassan terjedt, napjainkban viszont egyre gyorsabban. Az akkreditáció először az Egyesült Államokban, Kanadában, Ausztráliában és Új-Zélandon, valamint az Egyesült Királyságban (itt 3 különböző

programmal) jött létre. Ezek az országok rendelkeznek az akkreditáció klasszikus formájával, amelynek főbb jellemzői:

a) *Az akkreditációs programhoz való csatlakozás önkéntes*

Az önkéntesség fogalma persze relatív, hiszen pl. az Egyesült Államokban is önkéntesnek nevezik az akkreditációt, de ha valamelyik kórház nem felel meg az akkreditációs előírásoknak, akkor gyorsan abban a helyzetben találja magát, hogy nincs személyzete és csak nagyon kevés beteg keresi fel. Akkreditáció nélkül állami finanszírozású programokban (Medicaid, Medicare) az egészségügyi intézmény nem vehet részt. Általában azonban elmondható, hogy a kórház választ, hogy csatlakozik-e az akkreditációs programhoz.

b) *Az akkreditáció független a kormányzattól és a biztosítótól*

Ez persze nem azt jelenti, hogy nem elégti ki a kormányzati elvárásokat, hanem azt, hogy nem a kormányzat irányítása alatt áll.

c) *Az akkreditáció és a standardok nem "kívülről" jönnek*

Az akkreditáció alapvetően belső, kórházi indíttatású, nem kívülről jön, hiszen maguk a kórházak vesznek részt a standardok kialakításában, amelyeket később használni fognak. A standardok széles körben publikáltak, előzetesen mindenkinek rendelkezésére állnak. Az akkreditáció tehát nem egy ellenőrzési rendszer, ez igazi kórházon belüli önfejlesztés (internal self-development), mivel nem ellenőrzés, van arra mód és idő, hogy a kórházak felkészüljenek és kialakítsák a szükséges rendszereket, megoldásokat annak érdekében, hogy munkájukat fejlesszék.

d) *Az akkreditáció az egész kórházra vonatkozik, és inkább struktúra és szervezet, mint (orvos/nővér) szakmaorientált.*

Nem az a cél, hogy az akkreditáció/standard megmondja az orvosoknak vagy a nővéreknek, hogy hogyan végezzék szakmai munkájukat. Nem szól arról, hogy hány orvos és nővér kell, és azok hogyan dolgozzanak, hanem az akkreditáció azzal foglalkozik, hogy a személyzet hogyan szerveződjék egységbe.

e) *Az akkreditáció során a standardoknak való megfelelést "survey group"¹⁾ végzi*

A kórházakat látogató, a standardoknak való megfelelést vizsgáló csoport tagjai között orvos, menedzser és nővér található, létszámuk és a vizsgálat hossza az intézmény nagyságától függ. A surveyorok²⁾ nem ellenőrök, hanem igazi "peer group"³⁾, olyan emberek, akik hasonló/azonos környezetben dolgoznak, értik a problémát tudják a megoldást, hiszen az akkreditáció alapja a kölcsönös segítség az egymástól való tanulás.

f) *Az akkreditáció során az intézmény valamilyen elismerést kap*

Attól függően, hogy a surveyorok mennyiben találták elfogadhatónak a standardoknak való megfelelést, a kórházat elismerésben részesítik. Az elismerés az akkreditáció - különböző rendszerekben - 2 -5 évre szól, attól függően, hogy a kórház milyen jól teljesített.

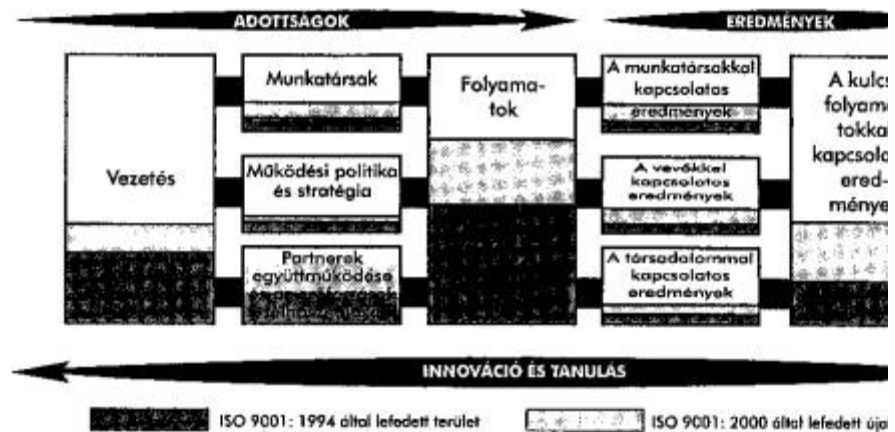
6.5 Különbségek és átfedések - ISO 9000, EFQM kiválóság modell és az akkreditáció alapú minőségügyi rendszer

Alapvető különbségek találhatók a rendszerek között. A minőséggel kapcsolatos tudás eljuttatása például más szervezetekhez az ISO 9000 felé nem követelmény, ezzel szemben világosan megfogalmazott követelmény az EFQM-modell számára. Az ISO kevesebb figyelmet fordít a dolgozókra, a szervezet működésének az eredményére, a benchmarkingra⁴⁾, a vevőkkel való kapcsolattartásra és a vevői elégedettségre.

Az ISO 9000 kisebb rendszer, viszont nagyrészt olyan követelményeket támaszt, amellyel az EFQM-irányelvek kevésbé foglalkoznak. Ezek közé tartozik a dokumentáció, a termék meghatározás és nyomon követhetőség, amely az ISO lényegesen nagyobb részét tölti ki. Mivel az ISO 9000 szabvány egy standard rendszer, ezért csak a minimálisan szükséges minimum teljesítését követeli meg. EFQM-szakértők szerint, ha az ISO 9000 megkövetelné az összes EFQM-elemet, az ISO 9000 kivitelezése nem lenne lehetséges. (Elkaim, 1997) További lényeges különbség az, hogy az EFQM-modell egy diagnosztikus eszközként használható (önfelmérés) annak érdekében, hogy felmérjük a szervezet "egészségét" az adott időpillanatban. Az ISO 9000 esetleg a minőségügyi rendszer kiépítésének jó kiinduló pontja, az EFQM-kritériumok a sokkal részletesebbek, azokon a területeken, amelyeket az ISO 9000 is lefed. Az EFQM-modell kritériumai eredményorientáltak, valamennyi tevékenységet és munkaegységet lefedik. A felmérési folyamat is hangsúlyozza a tevékenységek kölcsönhatásainak és integrációjának a dinamikáját a minőség fejlesztése érdekében.

Az EFQM-modell alapján kialakított Európai Minőség Díj kezdeti időszakában, az 1990-es évek elején-közepén sokan az ISO és a TQM közé egyenlőséget tettek, s nehezen lehetett az egyik vagy a másik megközelítés közötti különbséget megfogalmazni. Ezért az Európai Minőség Díjat kidolgozó EFQM összehasonlító ábrát publikált, amelyben bemutatja, hogy az ISO 9000 mennyiben tér el a díjmodell 9 főbb elemétől. (Sugár, 1999) Egy szervezet, amely ISO 9000-es minőségbiztosítási rendszert alkalmaz, az önértékelés során megszerezhető 1000 pontból mindössze 150-250 pontot tud begyűjteni (4. ábra).

Amint az ábrán látható, a különbség elsősorban az eredményrészben található. Az ISO szabvány ugyanis nem követeli meg, hogy a szervezet fogyasztói és dolgozói elégedettség felmérést végezzen. Nem kellett mérni és bemutatni a társadalomra gyakorolt hatást, a pénzügyi, illetve a



4. ábra - Az ISO 9001:1994 és az ISO 9001:2000 és az EFQM Modell összehasonlítása

szervezet
működésének
máseredményeit
sem. Nem
szükséges ismerni
a legjobb
eredményt, illetve
a versenytársak
eredményit sem
ahhoz, hogy a
szervezet a
tanúsítást
megkapja. (Az
egészségügyben
ez a “state-of-the-
art”, azaz a
tudományos/ténye
ken alapuló
egészségügynek,
orvoslásnak felel
meg.) A díjmodell
szerinti
önértékelés során
pedig az
előbbiekből
felsorolt
eredményeket
adatokon,
trendeken
keresztül kell
bemutatni, több
évre
visszamenőleg,
hogy a folyamatos
fejlődés lemérhető
legyen. Az ISO
nem követeli meg
a dolgozók
bevonását az
állandó
továbbfejlesztésbe
és a kétirányú
kommunikáció
működését sem.

Az adottságok témakörében a szervezetnek az önértékelés során az üzletpolitikáját, stratégiáját, küldetését, értékrendjét és annak kialakításának a módját be kell tudni mutatni, amelyek közül az ISO 9000 mindössze a minőségpolitika megfogalmazását igényli. A vezetés TQM iránti elkötelezettségét és a dolgozók irányításának módszereit, a dolgozók állandó továbbfejlesztése érdekében tett intézkedéseit és a teljesítmény értékelés módját is részletezni kell tényekkel adatokkal, módszerekkel alátámasztva. A díjmodell és az ISO 9000 egyezése egyetlen fő kritériumban, a folyamatok témakörében azonban elég magas. Az ISO 9000 szerint működő szervezetek a díjmodell folyamatok kritériumának mintegy 80%-ában megfelelnek, míg a többi 8 főkritérium esetében ez az arány 5-15%. A folyamatok esetén a hiányzó 15-20% különbségnek az az oka, hogy a szervezetnek azonosítania kell a vevők szempontjából kulcsfontosságú folyamatait, amelyeket állandóan figyelnie kell és szükség esetén be kell avatkozni. Az eddigiekből levonható az a következtetés, hogy az ISO 9000 rendszer a folyamatok szabályozásában van segítségünkre, hogy a megfelelő minőségű termékeket vagy szolgáltatást újból és újból produkálni tudjuk. A TQM teljes körű minőségirányítás pedig ahhoz segíti hozzá a szervezetet, hogy napról napra eredményesebben, a fogyasztók igényeit egyre magasabb fokon elégítse ki, az egész szervezet

innovatív, folyamatos továbbfejlesztése segítségével, amelybe az összes vezető, dolgozót, a beszállítókat és a vevőket is bevonják.

6.5.1 Az ISO 9000 és az akkreditáció alapú rendszerek

Mind az ISO 9000, mind a standardokon alapuló akkreditáció külső minőségellenőrző rendszer (external peer review, external audit). A JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation⁶⁾) standardok az ISO 9000 által érintett területek több, mint 60%-át érintik, fedik le. Az eddigi tapasztalatok alapján elmondható, hogy az ISO 9000 szabvány használata alapvető jelentőségű változáshoz vezet, amelynek eredményeképpen a standardokon alapuló akkreditáció figyelmének középpontjában levő outcome-ról, kimenetről a hangsúly a folyamatok menedzsmentje felé tolódik el. Éppen ezért az ISO szabvány és a standardokon alapuló akkreditáció nem egymás versenytársa, hanem kiegészítője (Hardiman, 1999).

6.6. Ne gondolkodjunk modellekben!

A modellben való gondolkodás veszélyeire hívta fel a figyelmet Berwick, napjaink legismertebb minőségbiztosítási szakembere, aki orvosként az egészségügyi szempontokat pontosan ismerve számos alkalommal hívta fel a figyelmet, hogy a célunk a minőség fejlesztése, nem pedig modellek, illetve a minőségügyi rendszerek kiépítése, amelyek a céljaink elérésének az eszközei.

A minőségbiztosítás/fejlesztés iránt különböző tudományágak érdeklődnek. A minőségelméletek diszciplináris eredete meghatározza metodológiájukat, és a vizsgált aspektusokat illetően is döntő befolyása van. Aki azért akar minőségüggyel foglalkozni, hogy a szervezeteket befolyásolja, minőségüket fejlessze, annak tudnia kell, hogy az egyes megközelítések milyen kérdésekkel foglalkoznak, milyen előfeltevésekből indulnak ki, milyen ismereteket közvetítenek és milyen módszertant használnak.

A modellben gondolkodás több szempontból sem célszerű, ennek főbb okai:

- az eddigi tapasztalatok alapján elmondható (és ez valószínűleg fokozottan igaz az új ISO és EFQM változat esetén), hogy bármely modell segítségével jelentős minőségfejlesztés érhető el egészségügyi intézményekben. Példaként megemlíthető, hogy egyes svájci kórházakban az ISO-ba már eddig is beemelték a minőségfejlesztés egyik legfontosabb elemét megtestesítő PDCA-ciklust – hiszen ez eddig sem volt tilos, illetve EFQM alapon építkező holland és német kórházakban sok elemét használják az ISO-szabványoknak,

- a nővérek, orvosok és más szakemberek, azaz a személyzet és a vezetés tudásától és elkötelezettségétől függ az elérhető minőség szintje, ez azt is jelenti, hogy a modellek nagymértékben segíthetik a működő (ápolási, orvosi, menedzsment, adminisztráció, dokumentáció) minőségfejlesztési programokat, de nem helyettesíthetik azokat,

- hasonló, vagy azonos minőségfejlesztési célok, sokszor több különböző módon, több módszer, több modell alkalmazásával is elérhetők, a szükséges költségek, időtáv, munkaerő szükséglet, képzési igény azonban jelentősen eltérhet egymástól, ezért is célszerű mindig azt a módszert, modellt, és olyan mértékben használni, amellyel és ahogyan céljainkat költség-hatékony módon érhetjük el,

- a modellben gondolkodásnak sokszor az a veszélye, hogy a modell/minőségügyi rendszer kiépítése céllá válik, holott ez pusztán eszköze a minőség fejlesztésének,

- meg kell azt is jegyezni, hogy a modell/minőségügyi rendszer választása a legtöbb esetben nem tudatos elemzésen alapuló választás, hanem azt használjuk, amit ismerünk, illetve amit ajánlanak. Egyik vagy másik modellt, minőségügyi/irányítási rendszert sokan ismernek, vannak, akik esetleg két rendszer összevetésére is képesek, ennél talán kisebb azoknak a száma, akik valamennyi lehetséges módszer összevetésével képesek megtalálni az adott esetben a legmegfelelőbb módszert.

6.7. Nincs garantáltan sikeres stratégia

Kalzinga (2000) véleménye szerint nincs garantáltan sikeres stratégia. Úgy tűnik, hogy a sikerhez az szükséges, hogy a megfelelő stratégiát válasszuk a megfelelő időben, a minőség fejlesztésére kiválasztott témakörrel kapcsolatosan, amely a kórház külső és belső körülményinek megfelelő. Célszerű emellett a kórházi minőségbiztosítás aktuális helyzetét is leírni, amelyet négy csoportra oszthatunk:

a) rendelkezés a szükséges tudással: a minőségbiztosításnak ebben a fázisában a klinikusok és a nővérek érdeklődést mutatnak a minőségbiztosítás iránt, és kifejezésre juttatják hajlandóságukat a minőségbiztosítási programokban való részvétel iránt. Azonban tevékenységük megbeszéléseken, szemináriumokon való részvételre minőségpolitikai tervek készítésére korlátozódik.

b) a minőségbiztosítás fontosságának elismerése, infrastruktúra létrehozása: ebben a fázisban kerülnek megalakításra a bizottságok, alakítják ki a minőségbiztosítás gyakorlatban használható eszközeit (kritériumok/irányelvek), azonosítják a megfelelő adatforrásokat. Ebben a fázisban a kórházak gyakran minőségbiztosítási koordinátort neveznek ki.

c) a változás bevezetése: ebben a fázisban különböző minőségbiztosítási felmérések, programok folynak, amelyek eredményeképpen fejlődés érhető el. A felmérések eredményeinek közlése és a fejlődés elérése között jelentős erőfeszítések szükségesek.

d) folyamatos fejlesztés: ebben a fázisban számos minőségbiztosítási program működik, integrált módon, megvalósul az egész kórházra kiterjedő minőségbiztosítás (hospital-wide quality assurance). Nagyszámú kórház törekszik ennek a megvalósítására, de ezt az eredményt még egyikük sem érte el. El kell mondani azt, hogy az ipar területén is csak kevés szervezet jutott el erre a szintre. Egy ilyen rendszer kiépítése akár 15 évnél hosszabb időszakot is igénybe vesz, ez azonban nem szabad, hogy elkedvetlenítse a kórházakat ennek a célnak a megvalósításától.

Jelenleg Európa-szerte a kórházak legnagyobb része az "a" és a "b" fázisban van, nagyon kevesen érték el a "c" fázist, és a "d" fázis eléréséhez a legjobbaknak is hosszú időre van még szükségük.

6.8. Mi is a minőségfejlesztés célja, és melyek a fő területei?

Ennek az írásnak nem célja a minőségfejlesztéssel való foglalkozás. A cikksorozat végén célszerű azonban újra feleleveníteni a minőség legfontosabb dimenzióit és azt, hogy mi is a célja a minőségfejlesztésnek. Többen azt vallják, hogy a minőségfejlesztés a menedzsment része, ennek megfelelően az egészségügyben is az ipar területén kialakult módszereket kell követni, ez azonban téves leegyszerűsítése a valóságnak. A minőségfejlesztés sokkal több ennél, vonatkozhat a menedzsment működésére éppúgy, mint az ápolási, orvosi folyamatokra, foglalkozhat a betegekkel, a betegek hozzátartozóival és a környezettel.

A minőségnek az ipar és az egészségügy területén történő összehasonlítása azt mutatja, hogy mindkettőnek vannak erős és gyenge pontjai. (Donabedian, 1993) A minőség ipari modellje több ponton is korlátozott, mert : 1) figyelmen kívül hagyja a beteg-orvos kapcsolatot; 2) alábecsüli az egészségügyi szakemberek tudását, tapasztalatát és motivációját; 3) úgy kezeli a minőséget, mintha azt ingyen adnák, nem vesz tudomást a minőség/költség trade-off^o-ról; 4) több figyelmet fordít az ellátó (menedzsment, technikai) rendszerekre és kevesebbet a klinikai praxisra; és 5) kevesebb figyelmet fordít a szakmai tevékenység, oktatással, továbbképzéssel, tanácsadással, ellenőrzéssel elérhető fejlesztésére.

Ezzel szemben, Donabedian (1993) azt is javasolja, hogy a minőség egészségügyi modellje többet vegyen át az ipari tapasztalatokból a következő területeken: 1) szükséges az egészségügyi minőségbiztosítási tradíciók alapvető szilárd tudományos alapjainak számontartása; 2) még a jelenleginél is nagyobb figyelmet kell fordítani a vevők követelményire, értékeire/szemléletére és elvárásaira; valamint a 3) az egészségügyi rendszerre és a folyamatokra, mint a minőségbiztosítás fontos területeire; 4) szükséges az orvosok önértékelési tradíciójának a fejlesztése; 5) szükséges, hogy a menedzsmentnek nagyobb legyen a szerepe az orvosi ellátás minőségének a fejlesztésében; 6) fontos teendő a statisztikai kontroll módszerek szélesebb körű használata az egészségügy monitorozásában; 7) az egészségügyben valamennyi érdekelt félnek el kell érnie, hogy oktatás és tréning eredményeképpen több tudással rendelkezzen a minőségmonitorozásról és minőségbiztosításról.

A minőség jelentését számos szerző tárgyalta mind az ipar, mind az egészségügy területén. A különböző szerzők definíciói igen nagymértékben különböznek egymástól, ami a minőség multidimenzióális karakterére utal. Az egészségügy minőségének legfontosabb dimenziói:

1. a hozzáférhetőség (accessibility);
2. a megfelelő időben történés (timeliness);
3. a hatásosság (efficacy);
4. a hatékonyság (effectiveness);
5. a megfelelőség (appropriateness);
6. az eredményesség (efficiency);
7. a folyamatosság (continuity);
8. a személyesség (privacy);
9. a bizalmaság (confidentiality);
10. a betegek és családtagjaik részvétele (participation);
11. a biztonságos működés (safety); és a
12. segítő funkciók (supportiveness).

A szakirodalom igen sokféleképpen írja le és definiálja a minőségbiztosítást is. Az Egészségügyi Világszervezet szerint a minőségbiztosítás célja "az egészségügy outcome-jának a fejlesztése az

egészségi állapot, a funkcionális képességek, a betegek jóléte és a vevői elégedettség terén”. (WHO, 1988) Berwick (1994) definíciója sokkal konkrétabb, véleménye szerint a minőségbiztosítás egyik legfontosabb célja a “praxis-variációk szűkítése”, amely a hatás pontos szintjének és eredményének, a rizikónak és a költségnek a pontos leírását követeli meg. Reerink (1987) véleménye szerint: “A minőségbiztosítás célja az egészségügyi szolgáltatások elemzése és szükség esetén fejlesztése. A tevékenység középpontjában a hatékonyság és az eredményesség fejlesztése áll nem pedig a költségek elleni küzdelem.” Williamson (1978) szerint: “A minőségbiztosítás fő célja az adott egészségügyi ellátással elérhető aktuálisan elért haszon elemzése és fejlesztése, azokban az esetekben, amikor el nem ért további haszon érhető el. Más szavakkal a minőségbiztosítás legfontosabb célja az egészségügy hatékonyságának és eredményességének fejlesztése.” Látható tehát, hogy nem lehet “általában” minőségről beszélni, és “általában” fejleszteni a minőséget. Konkrétan definiálni kell a minőséget, a fejlesztés mértékét, dimenzióját, egységét és azt, hogy pontosan mit várunk az alkalmazandó minőségügyi modelltől illetve rendszertől, és ezekben a kérdésekben széleskörű konszenzust is el kell érniük.

Irodalom

1. Berwick D (1994) Improving the appropriateness of care, in Weber V., (ed.) Quality connection, 3rd ed., vol. 1. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 1-6
2. Donabedian A (1993) Institutional and professional responsibilities in quality assurance, Quality Assurance in Health Care, 1, 1, 3-11
3. Donabedian A (1999) Bulletin, The International Society for Quality in Health Care, February, 4
4. Donabedian A (2000) Előszó: A minőségbiztosítás szerepe a jobb minőségű egészségügyi ellátás megteremtésében, in: Gulácsi L Minőségfejlesztés az Egészségügyben, Medicina, Budapest
5. Elkaim D, (1997) ISO dans les hôpitaux ? (ISO in the hospitals?), Ecole de Commerce Solvay, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium, 1-141
6. Elkaim D (1999) An analysis of current revisions into the EFQM Model and the ISO 9001 standard and their relevancy to quality in health care, ExPeRT, June, Barcelona, 1-20
7. Gulácsi L (1999) Klinikai Kiválóság; Technológiaelemzés az Egészségügyben, Springer, Budapest
8. Gulácsi L (2000) Minőségfejlesztés az Egészségügyben, Medicina, Budapest
9. Hardiman, P. (1999) What future for ISO 9000 in health care?, The Joint Commission World Symposium on Improving Health Care Through Accreditation, July 8-10, 1999, Barcelona, Spain, 4-8
10. Klazinga, N (2000) Minőség, minőségbiztosítás és minőségügyi rendszerek, in: Gulácsi L (2000) Minőségfejlesztés az Egészségügyben, Medicina, Budapest
11. Nabitz U (1998) EFQM and Quality Award, paper of the ExPeRT Conference, Scheveningen, May, 1998, megjelent az ExPeRT Strategic Seminar, The Hague 15/16, 1-12, CBO
12. Nabitz U és Klazinga NS (1999) EFQM approach and the Dutch Quality Award, International Journal of Health Care Quality Assurance, 12, 2-3, 65-70
13. Nabitz U, Klazinga NS, Walburg J (2000) The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care, International Journal of Health Care Quality Assurance, 13, 3, 191-201
14. Reerink E (1987) Quality assurance in health care system in The Netherlands, Australian Clinical Review, March, 11-15
15. Williamson JM (1978) Assessing and Improving Health Care Outcomes, the Health Accounting Approach to Quality Assurance, Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.

Jegyzetek a szerkesztőtől:

- 1) Szemlélők csoportja
- 2) Szemlélők
- 3) Kollegiális, kollégékből álló csoport
- 4) Eredetileg szintjézés a földmérésben, átvitt értelemben tkp. Összehasonlítás.
- 5) legkorszerűbb
- 6) Egészségügyi Ellátó Szervezetek Akkreditációjának Közös Bizottsága (USA)
- 7) Kompromisszum, főként alkudozás során, amikor mindkét fél ad valamit és ezért cserébe kap valamit annak érdekében, hogy sikerüljön egyezsége jutniuk.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a főoldalra](#)

A cervix kenet PCR-vizsgálatának 1 éves tapasztalatai

Blága Anett szülésznő - **Csige Julianna** asszisztensnő

(Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház, Gyula)

Az Egészségügyi Szakdolgozók XIII. Kongresszusán a NŐVÉR díját elnyert poszter alapján.

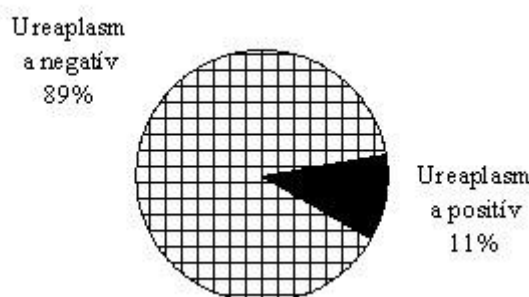
Századunk utolsó szakasza elképzelhetetlen változásokat, az élet egyes területein forradalmi nyitásokat hozott. Talán sehol sem annyira látványos ez a folyamat, mint a testiség területén. Az erkölcsi normák lazulása, a nyitottság iránti igény felszínre hozott azonban olyan problémákat, melyek megoldása egyre sürgetőbbnek tűnik. A szexuális úton terjedő betegségek (STD) előfordulása világszerte emelkedő tendenciát mutat. AZ STD-k viszonylatában ma már közel 30 kórokozót ismerünk. A cervixkenet PCR vizsgálatával Humán papilloma-vírus és Herpes simplex, valamint Chlamydia trachomatis, Mycoplasma, Ureaplasma, Neisseria gonorrhoeae mutatható ki.

Polimeráz láncreakció (PCR)

Alkalmazása során elsőként DNS izolálás történik. A DNS egy kiválasztott rövid szakaszát kellő mennyiségben előállított reakcióeleggyel különböző hőmérsékleti cikluson viszik keresztül, ennek eredménye a kiválasztott szakasz sokszorosodása, amplifikációja. A reakció végén kapott DNS-fragmentumokat számos molekuláris technikával elemzik. (Ezt a technikát használják a kriminalisztikában is.)

A levett mintát az előre elkészített steril csőbe kell tenni, ügyelve arra, hogy a mintavevő eszköztől, a cytobrusztól az anyag minél jobban átkerüljön a PBS-oldatba. Ezután hűtőben tároljuk -20°C -on az analízis időpontjáig.

A gyulai Pándy Kálmán Kórház Nőgyógyászati Osztályán, valamint két szakrendelőjében 1999. márciusától 2000. márciusáig eltelt egy év során 920 esetben került sor cervicális kenet PCR-vizsgálatára. E vizsgálatok eredményeit kórokozók szerinti megoszlásban ismerteti az 1. ábra.



1. ábra – PCR vizsgálat eredménye kórokozók szerint

I. Mycoplasma és Ureaplasma PCR-vizsgálata

A Mycoplasmataceae családnak két genusa van: Mycoplasma és Ureaplasma. Kóroki jelentősége terhes anyák, a magzat valamint az újszülött fertőzéseiben van, de szerepet játszik a koraszülés és a spontán abortusz kiváltásában és az infertilitás kialakulásában. Mycoplasma fertőzöttség 1 esetben volt pozitív. Ureaplasma 11%-ban volt pozitív. Életkor szerinti megoszlásban 25 év alattiaknál 12 esetben (32%), 25 év fölöttiekénél 25 esetben (68%) fordult elő.

II. Neisseria gonorrhoea PCR-vizsgálata

A fertőzés nékben cervicitist és annak következményeit okozza. Csaknem kizárólag szexuális érintkezéssel terjed. A gonorrhoeát 2-3-szor gyakrabban diagnosztizálják férfiaknál, mint nőknél. Anyagunkban Neisseria gonorrhoeae 3%-ban volt pozitív. Életkor szerinti megoszlása: 25 év alatt 8 esetben (32%), 25 év fölött 17 esetben (68%).

III. Chlamydia trachomatis PCR-vizsgálata

A Chlamydia trachomatis, amely egyike a leggyakoribb szexuális úton átvihető kórokozónak, a baktériumokhoz tartozik, mert rendelkezik sejtfallal, DNS-sel és RNS-sel.

Chlamydia trachomatis 6%-ban volt pozitív. Életkor szerinti megoszlásban 25 év alatt 24 esetben (45%), 25 év

főként 29 esetben (55%) találtak. A betegség szempontjából rizikófaktort jelent a gyakori partnersere, az alkalmi kapcsolatok létesítése. A fertőzés gyakran előforduló szövődményei között a meddőség, az extrauterin graviditás a kiemelkedő. Mivel Magyarországon nem bejelentendő betegség, így feltérképezésére eddig nem került sor. Fontos a betegség korai diagnosztizálása, és antibiotikus kúrával történő gyógyítása.

IV. Herpes simplex PCR-vizsgálata

A genitális herpest leggyakrabban olyan betegek adják át, akik nem tudnak betegségükről, ami igen nagy gondot okoz a fertőzés terjedése elleni küzdelemben. PCR-technikával lehetőség nyílik a tünetmentes hordozás kimutatására is. Herpes simplex 4%-ban volt pozitív. Életkor szerinti megoszlás: 25 év alatt 8 esetben (27%), 25 év fölött 21 esetben (73%). Az anyai herpesz súlyosan veszélyeztetheti az újszülöttet, súlyos neurológiai károsodás jöhet létre. Az USA-ban a szülés idején észlelt herpesz-fertőzés miatt a szülés császármetszéssel történő befejezését ajánlják.

V. Humán papillomavírus PCR-vizsgálata

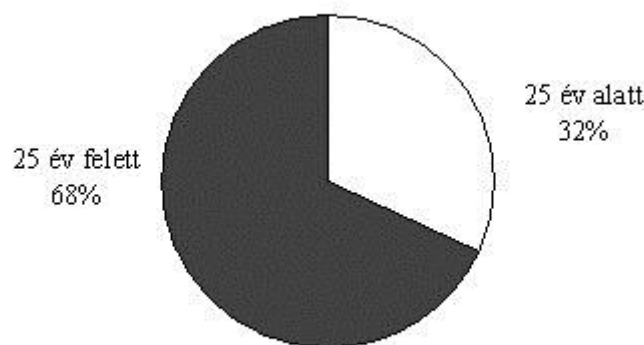
A Humán papillomavírus (HPV) mind az epidemiológiai, mind a virológiai adatok szerint oki szerepet játszhat a méhnyakrák kialakulásában. A korán szexuális kapcsolatot létesítők, az aktív szexuális életet élők és egyben több partnerrel rendelkezők esetében nagyobb valószínűséggel fordul elő a cervix carcinoma.

Onkogenitás: A papillomavírusok kétszálú, zárt, cirkuláris DNS-t tartalmaznak és a papovavírusok osztályába tartoznak. Jelenleg több, mint 80 HPV-típus ismert.

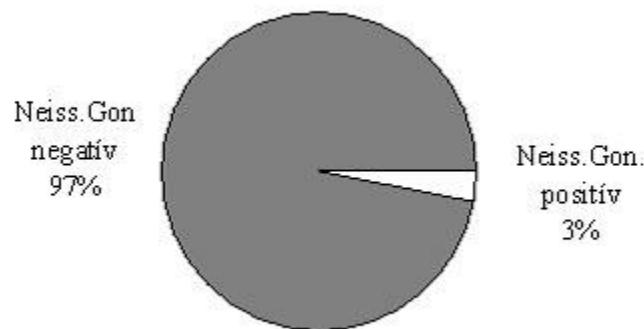
Kórtani viselkedés alapján 3 csoportba osztjuk: alacsony-közepes-magas. Alacsony rizikócsoport: 6-11-42-43-44-es vírusok, a genitális megjelenés jellegzetes formája a condyloma

acuminatum. Közepes rizikó csoport: 30-as, 50-es, 60-as csoport egyes vírustörzsei.

Magas rizikócsoport: 16-18-31-33-45-46-52-58-os vírusok,



2. ábra - Életkor szerinti megoszlás



3. ábra - Pozitív HPV és a cytológia eredmények aránya

amelyeknek nagy a vírus DNS-integrációs képessége. A rutinszűrés során 27%-ban, 241 esetben találtunk onkogén HPV-fertőzöttséget. (6 ábra), ebből magas kockázatú HPV 87 esetben (36%) volt. A korcsoport szerinti megoszlást a 2. ábra szemlélteti. Igazolt HPV-fertőzöttségnél 118 esetben (49%) negatív cytológiai leletet kaptunk (P₂), 45 esetben (19%) P₂ cytológia, a portio felszínén atypias elváltozás, 17 esetben (7%) volt P₃ cytológia eredmény, ebből 15 esetben került sor conisatióra. (3. ábra) Az igazolt HPV-fertőzöttség hisztológiai megoszlását az 1. táblázat tartalmazza.

HPV-hez társuló fertőzések

Öt esetben Humán papillomavírus+Herpes simplex együttes jelenléte, 5 esetben Humán papillomavírus + Chlamydia trachomatis együttes jelenléte volt megállapítható.

Következtetések, ajánlások

A PCR diagnosztikus eljárásnak fontos szerepe van a szexuális úton való terjedő fertőzések felismerésében, így a prevenció hatékonyabb megszervezésében segítségünkre lehet. Indokoltnak látjuk a 25 év alatti szexuálisan aktív nők szűrését. Optimális a rizikócsoportok

széleskörű szűrésének megvalósítása lenne. Fontosnak tartjuk a szexuális partnerek párhuzamos ellenőrzését is. Az általunk tapasztalt 27%-os onkogén HPV-fertőzöttség arra utal, hogy a reprodukív életkorú női lakosság körében nagyobb gondot kell fordítani ennek népegészségügyi vonatkozásaira, a fertőzöttek nyomon követésére, akiknél félévenként cytológiai és kolposzkópos vizsgálat elvégzése szükséges. Kutatásunk 1 éves eredménye alapján fontosnak tartjuk a PCR-vizsgálat elvégzését a cytológiai szűréssel párhuzamosan.

Kor (év)	Beavatkozás	Hisztológiai eredmény	Hiszt. igazolt HPV
< 25	-	-	-
25-30	2	1 x enyhe dysplasia 1 x súlyos dysplasia	Mindkét esetben igazolt HPV
30-40	10	5 x enyhe dysplasia 4 x súlyos dysplasia 1 x in situ cc.	3 X igazolt HPV 1 X igazolt HPV 1 X igazolt HPV
> 40	3	2 x enyhe dysplasia 1 x in situ cc.	1 X igazolt HPV 1 X igazolt HPV

1. tábla - Igazolt Humán papillomavírus-fertőzöttség histológiai megoszlása

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a főoldalra](#)

Kommentár a Blága Anna – Csige Julianna szerzőpár dolgozatához

Dr. Vass László, PhD., FIAC

A PCR-technika olyan fontos technika, amelyet a korábban még alapkutatásnak számító DNS-szakemberek fejlesztettek ki kísérletes célra, és amely mára már mindennapjaink diagnosztikus eszköztárába került. Nem hangsúlyozható eléggé, hogy a kutatás és a mindennapi diagnosztika ilyen egymást követő összefonódása mennyire meghatározó a közeljövő gyógyító munkájában.

A dolgozat alapján egyszerűnek tűnő módszer nem az: nagy pontosságot és szervezett laboratóriumi munkát igényel. Csak az esetben fogadhatók el eredményei, ha nemzetközileg is elfogadott reagensekkel végzik. A vizsgálatban használt specifikus reagensek előállítására és gyártására csak minőség-garantált és ellenőrzött módon

történhet! Aláhúzza ennek jelentőségét egyfelől az, hogy az eredmények nyomán fontos, párkapcsolatokat, utódokat befolyásoló döntést kezdeményezünk, másfelől az a nagy kísértés, hogy a “modern vizsgálat” divatos szlogenje mögött piacosodó egészségügyünkben komoly anyagi előnyökkel kecsegtető, téves eredményekhez vezető diagnosztikus aktivitás induljon el.

Nem gondolom jelentősnek a gonorrhoea PCR-technikával történő kimutatását – az egyéb kétségtelenül kevésbé pontos módszerek és az egyszerű klinikai tünetek alapján a kezelés indikált és hatásos. A **Chlamydia** kimutatása nagy jelentőségű, **szűrése az esetek összességében aligha finanszírozható**. A herpes vírus kérdése a fentihez hasonlítható. Mindkét fertőzésnek fénymikroszkópos, indirekt cytologiai jelei is vannak a nőgyógyászati kenetben, a PCR-technika alkalmazása csak az így kiemelt esetek igazolásában indokolt.

A HPV korunk divatja. A méhnyakrák kialakulásában – más faktorokkal együttes – oki szerepe epidemiológiailag egyértelmű. A cervix rák szűrésének kialakult és ismert módszere mellett aligha várható el egyetlen ország egészségügyétől is (beleértve a fejlett ipari országokat is, pl. USA, NSZK, stb.), hogy elsődleges szűrésként alkalmazza. A dolgozat legnagyobb hiányossága, hogy amennyiben a közölt adatok pontosak, a HPV PCR-szűrés fontosságát csupán az a tény húzza alá, hogy a párhuzamosan elvégzett cytologiai vizsgálat eredményei “igen szerények”. Az ismertetett adatok 68% cytologiai “ál-negativitást” sugallnak, ami a nemzetközi irodalomban elfogadható 8–36%-ot is jelentősen meghaladja. A vírus jelenléte időben igen távol lehet az esetleges daganat keletkezésétől, a fertőzések döntő többsége spontán gyógyul. Mértékadó nemzetközi ajánlások a HPV kimutatását megfelelően szervezett és minőségű kolposzkópos és cytologiai cervix rák szűrés mellett csupán a Bethesda beosztás szerinti “high grade squamous intraepithelial lesion” (HSIL), illetve az “atypical squamous cells of uncertain significance”

(ACUS) eseteiben tartják indokoltnak. Vitatható, de biztonsággal nem elvethető az indikáció ismétlődő, spontán nem javuló HPV-fertőzésre utaló jeleket tartalmazó cytologiai eseménysor követésében. Az is valószínű, hogy csaknem minden cytologiai eltérés mögött magas rizikójú HPV-infekció áll. Bármilyen tudományos igényű dolgozat színvonalát nagyban csökkenti, ha a Papanicolaou-osztályozásra hivatkozik – kívánatos, hogy ezt mielőbb teljes egészében a hazánkban elfogadott és ajánlott Bethesda, vagy bármely más leíró leletforma váltsa fel.

Összefoglalóan: modern módszer, kísérletképpen alkalmazva az ismertetett eredményekhez vezetett. Azok alapján azonban indokoltabb a kolposzkópos–cytologiai rákszűrés minőségének javítása az adott területen, mint az adott módszer jelen kísérletet meghaladó mértékű diagnosztikus alkalmazása.