

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2008. augusztus, 21. évfolyam 4. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Diplomás ápoló-, védőnő- és orvostanhallgatók családképének és családterveinek összehasonlító vizsgálata

Dr. Feith Helga Judit, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Kovácsné Tóth Ágnes, Dr. Balázs Péter 3

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében

Marton-Simora József, Gyermán Orsolya, Dr. Nagy Gábor, Deutsch Krisztina, Dr. Göndöcs Zsigmond, Dr. Betlehem József 10

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Kezembem az életem! Miért akadozik a szervezett méhnyakrák szűrés hazánkban?

Hanka Krisztina 22

GRATULÁLUNK!

27

NÉVJEGY

Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekciója

Avramucz Csaba 28

AZ ÁPOLÁS JOGI KÖRNYEZETE

Betegellátással kapcsolatos panaszok lehetséges útjai és következményei

Kujalek Éva 31

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Balogh Zoltán. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítóterv, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 21. No.4. August 2008

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Comparative study of the family-related attitude and plans of degree nursing students, trainee health visitors and medical students

Feith, H. J., Soósné Kiss, Zs., Kovácsné Tóth, Á., Balázs, P. 3

COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Post-traumatic stress among Budapest ambulance workers

Marton-Simora, J., Gyermán, O., Nagy, G., Deutsch, K., Göndöcs, Zs., Betlehem, J. 10

NURSING IN PRACTICE

My life in my hands! Why does organised cervical screening lack momentum in Hungary?

Hanka, K. 22

CONGRATULATIONS 27

IMPRINT

Nursing Section of the Hungarian Oncologists' Society

Avramucz, Cs. 28

LEGAL ENVIROMENT

Possible procedures for lodging customer complaints, and their consequences

Kujalek, É. 31

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
*egyetemi docens*Kárpáti Zoltán
*ápolási menedzser*Oláh András
*adjunktus*Szloboda Imréné
*ápolási igazgató*Tóth Ibolya
*szakmai vezető főtanácsos*Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, BudapestProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, BudapestDr. Rác Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, BudapestSomogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, BudapestSövényi Ferencné, *szaktanácsadó*
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,
Országos Működési Nyilvántartás, BudapestVízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.:303-4738, Fax: 303-4744
E-mail:marketing@observer.hu
http://observer.hu

Diplomás ápoló-, védőnő- és orvostanhallgatóknak családképének és családterveinek összehasonlító vizsgálata

Dr. Feith Helga Judit

adjunktus, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék, Budapest

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna

adjunktus, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,
Családgondozási Módszertani Tanszék, Budapest

Kovácsné Tóth Ágnes

adjunktus, Széchenyi István Egyetem, Petz Lajos Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr

Dr. Balázs Péter

főiskolai tanár, tanszékvezető, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék, Budapest

Összefoglaló

A vizsgálat célja: legfőbb célkitűzésünk az volt, hogy megismerjük és összehasonlítsuk diplomás ápoló-, védőnő- és orvostanhallgatóknak családterveit.

Vizsgálati módszer és minta: kvantitatív, kérdőíves szociológiai kutatásunk a Semmelweis Egyetem orvostanhallgatóin, illetve védőnő- és diplomás ápoló hallgatóin körében készült. Értékelhető választ adott 201 fő, a teljes célpopuláció 68,08%-a.

Eredmények: családi állapot tekintetében nem találtunk lényeges eltérést a három hallgatói csoport között ($p=0,572$), legtöbb hallgató (85% feletti arányban) hajadon státuszú volt a felméréskor. A hallgatók többsége szerint a teljes és kiegyensúlyozott női létezés elengedhetetlen a gyermekvállalás, a választ nem befolyásolta a hallgatói csoporthoz való tartozás ($p=0,372$). A felmérésben résztvevők több mint 90%-a gyermekvállalást tervez, az első gyermek vállalásának tervezett átlagos ideje a teljes mintában 27,03 év.

Következtetések: a válaszadók fontosnak tartják az otthoni és a munkahelyi szerep párhuzamosságát. Számos különbség írható le a gyermekvállalási tervek tekintetében a diplomás ápoló hallgatóknak és a másik két szak hallgatói között, ezért fontosnak tartanánk ilyen irányú kutatásokat.

Bevezetés

Az egészségügyi ágazatban dolgozó nők számára nagy kihívást jelenthet a munkahelyi és otthoni szerepek sikeres összeegyeztetése. E kettős szerepkötelezettség – amellyel sok esetben felkészületlenül kerülnek szembe – komoly fizikai és pszichikai terhekkel járhat. E két életstratégia ugyanazon életszakaszban jelentkezik, s olykor egymással szemben is állhat. A munka és családi szerepek közötti konfliktus negatív hatással van a nők harmonikus család-

életére, munkavégzésének minőségére (Kinunen, 1998), egészségi állapotára és pszichés jóllétére (Artazcoz et al., 2004; Bourbonnais, Comeau, Vezina 1999), munkával kapcsolatos elégedettségi szintjére (Tummers, Landeweerd, Merode, 2002), alvásproblémáira (Knudsen, Ducharme, Roman, 2007), különösképpen a magasan képzett nők körében alkoholfogyasztási szokásaikra (Roos, Lahelma, Rahkonen, 2006). Az egészségügyben dolgozó nőket és férfiakat összehasonlítva, a nőket jobban sújtják a családi és munkahelyi szerepek össze-

egyeztetéséből eredő nehézségek, konfliktusok. Ennek következtében bizonyos szakterületeken, intézménytípusokban (pl. kórházakban) kisebb a családos nők aránya, illetve az ott dolgozó nők között magasabb a hajadonok, a gyermektelenek, illetve az egy gyermeket szülőik száma (ACC, 1998); körükben gyakrabban fordul elő a részmunkaidős állás vagy annak igénye (Gjerberg, 2002; Barnett, Gareis, 2000). Orvosnők esetében bizonyított, hogy más diplomás foglalkozások női munkavállalóihoz képest szignifikánsan kevesebb időt töltenek családi szerepeikhez kötött tevékenységekkel, pl. gyermekneveléssel, házi munkákkal, stb. (Frank, Harvey, Elon, 2000). A szerepkonfliktust felerősítheti a házastárs hasonló hivatásválasztása, így pl. orvos házaspárok esetén legtöbbször a nő kénytelen karrier-álmait átmenetileg vagy végleg feladni a családi szerepek miatt (Sobecks et al., 1999). Kutatások szerint az ápolói pályaelhagyás leggyakoribb oka a várandós állapot, illetve az anyaság szerep konfliktusa a munkahelyi szereppel (Durand, Randhawa, 2002), ugyanakkor pl. Svédországban a rugalmas munkaidő lehetősége, a gyermekgondozásra szakosodott állami és privát szervezetek széleskörű hálózata miatt ez kisebb gyakorisággal fordul elő (Sjögren et al., 2005). Magyar egészségügyi hivatásokban dolgozó nők családi és munkahelyi szerepeivel kapcsolatban tudomásunk szerint orvosnők körében (Molnár, Katona, 1991; Molnár, Feith, 2000; Gyórfy, Ádám, 2003; Gyórfy, Ádám, 2004) és diplomás ápolónők körében (Hajagos, Feith, Kovácsné, 2007; Feith, Balázs, Kovácsné, 2008) készültek felmérések. Ugyanakkor nem történt olyan összehasonlító vizsgálat, amely egészségügyi felsőoktatásban tanuló diplomás ápoló-, védőnő- és orvostanhallgatóknak jövőbeni családi szerepüket kutatta volna. Kutatásunk ebben a tekintetben hiánypótló jellegű. Jelen tanulmányban a hallgatói családtervekben megmutatkozó azonosságokat és különbségeket mutatjuk be, összefüggésben a hallgatók szociodemográfiai tényezőivel.

Módszer

Kvantitatív, kérdőíves szociológiai kutatásunkban felsőfokú egészségügyi képzésben résztvevő, nappali tagozaton tanuló, végzős

közeliében álló hallgatók vettek részt, felmérésünk a Semmelweis Egyetemen készült. Vizsgálatunk során maximálisan figyelembe vettük a vonatkozó kutatásetikai követelményeket (anonimitás, önkéntes részvétel, kutatási engedélyek beszerzése stb.). A kérdőív összeállításakor nagymértékben támaszkodtunk korábbi kutatásaink során tesztelt kérdőívekre (Kovácsné, Feith, Balázs, 2007). Tervezetünket próbainterjúkon teszteltük, módszertani és tartalmi tekintetben is eredményes módon.

A teljes körű lekérdezés ötödéves orvostanhallgatók, illetve harmad- és negyed évfolyamon tanuló védőnő-, valamint diplomás ápoló hallgatók körében történt. Értékelhető választ adott 201 fő, a teljes célpopuláció 68,08%-a. Felmérésünk – az eredmények összehasonlíthatósága és a kutatási célok miatt – kifejezetten női populációra összpontosított, hiszen védőnő- és diplomás ápoló hallgatók esetében kevés férfit hallgatóval lehet számolni.

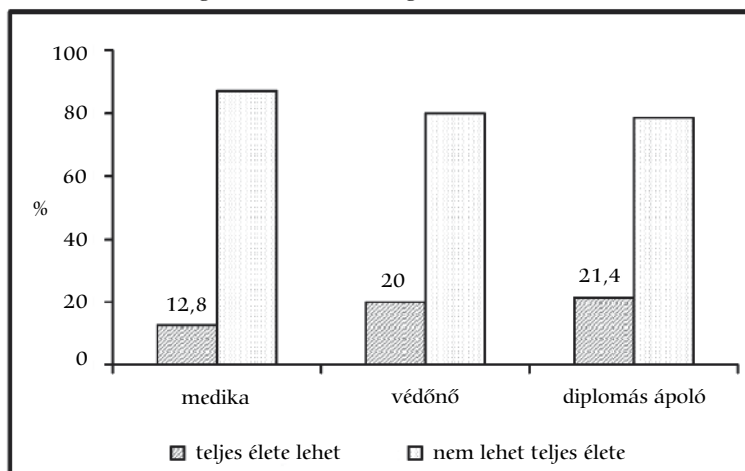
Az adatok elemzését az SPSS programcsomag segítségével végeztük, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával. A megosztási vizsgálatok mellett, a változók közötti kapcsolatok mérésére Pearson χ^2 próbát ($p < 0,05$), a hallgatói csoportok összehasonlításánál esélyhányadost (EH vagy angol rövidítéssel az odds ratio-ból OR) becsültünk, 95%-os konfidencia intervallum mellett.

Eredmények

A hallgatók átlagos életkora 23,5 életév volt a kérdőív kitöltésekor, míg a legtöbb főiskolai hallgató 21-23 éves, addig az orvostanhallgatók többsége 23-24 éves volt a lekérdezéskor.

Testvérszám tekintetében ugyan nem találtunk statisztikailag bizonyítható különbséget a kérdezett hallgatói csoportok között ($p = 0,390$), ugyanakkor megállapítható, hogy a védőnőhallgatók származnak leginkább nagycsaládból, ugyanis 35,8%-uknak legalább két testvére van (orvostanhallgatók esetében 25,6%, diplomás ápoló hallgatóknál 21,5%). A hallgatók 49,5%-nál mindkét szülő, 41,4%-uknál kizárólag az édesanya jelent meg fontos nevelő személyként gyermekkorban, ebben a tekintetben nem talál-

1. ábra: Gyermekvállalás nélkül a nő lehetősége a teljes életre; a hallgatói válaszok megoszlása, % (n=200)



tunk statisztikailag alátámasztható különbséget a hallgatói csoportok között ($p=0,292$). Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy a diplomás ápoló hallgatói válaszokban jóval kisebb arányban (35,7%) jelent meg az ideálisnak tekinthető, mindkét szülőhöz kötött nevelő hatás, mint védőnőknél (53,2%), illetve orvostanhallgatóknál (53,2%).

Családi állapot tekintetében nem találtunk lényeges eltérést a három hallgatói csoport között ($p=0,572$), legtöbb hallgató (85% feletti arányban) hajadon státuszú volt a felméréskor, valamivel kevesebb, mint egynegyedük élt élettársi kapcsolatban. A diplomás ápoló hallgatók körében ugyanakkor a férjzetek aránya 60%-kal kisebb volt, mint a másik két hallgatói csoportban.

A legtöbb hallgató szerint a teljes és kiegyensúlyozott női létezés elengedhetetlen a gyermekvállalás, a választ nem befolyásolta a hallgatói csoporthoz való tartozás ($p=0,372$). Eredményeink szerint leginkább az orvostanhallgatók (87,2%) értenek egyet az előző állítással (1. ábra). Jóval kevesebben (diplomás ápoló hallgatók 42,9%; orvostanhallgatók 35,9%; védőnőhallgatók 36,3%) gondolják úgy, hogy az egyedülálló, gyermekét egyedül nevelő nők is teljes életet élhetnek.

A diplomás ápoló hallgatók 91,7%-a, a védőnőhallgatók 92,5%-a, a medikák 96,1%-a szeretne gyermeket vállalni, legbiztosabbak ebben a tekintetben az orvostanhallgatók. A hallgatók legnagyobb cso-

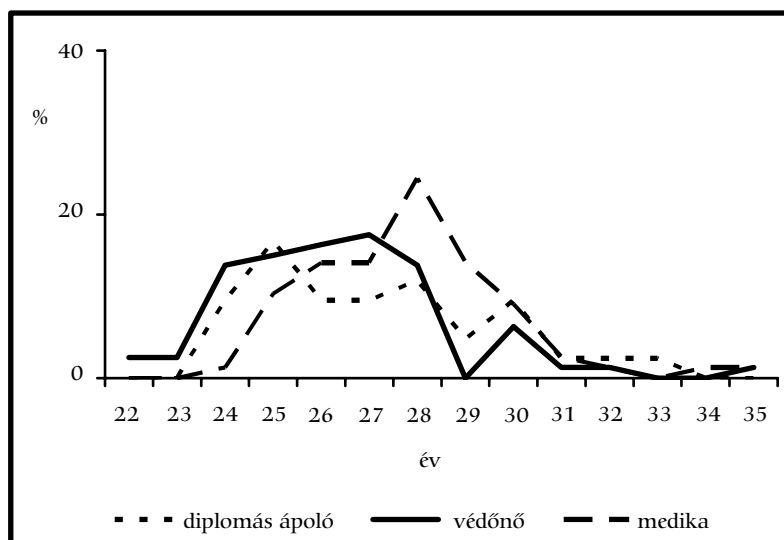
portja (38,9%-a) három gyermeket vállalna legrészebben, meglepő módon azonban a diplomás ápoló hallgatók statisztikailag bizonyíthatóan kevesebb gyermekszámot jelöltek meg ($p=0,010$). A teljes minta döntő hányada ténylegesen azonban kétgyermekes családot tervez. Az első gyermek vállalásának tervezett átlagos ideje a teljes mintában 27,03 év, legtöbbször 27 éves korukban tervezik az első gyermeket, a legmagasabb életkor az első gyermek vállalásakor 35 év volt (2. ábra), ebben a tekintetben a hallgatói válaszokban statisztikai különbség mutatkozott ($p=0,019$). A gyermekvállalási terveket néhány szociodemográfiai tényező befolyásolta (1. táblázat).

I. táblázat: Gyermekvállalási tervek és a hallgatók szociodemográfiai tényezői közötti összefüggések (N=192-201)

Szociodemográfiai tényezők	Gyermekszám preferenciák	Első gyermekvállalásának tervezett ideje
Lakóhely	$p=0,377$	$p=0,396$
Testvérek száma	$p<0,001^*$	$p=0,401$
Apa iskolai végzettsége	$p=0,021^*$	$p<0,001^*$
Anya iskolai végzettsége	$p=0,187$	$p=0,902$

* $p<0,05$

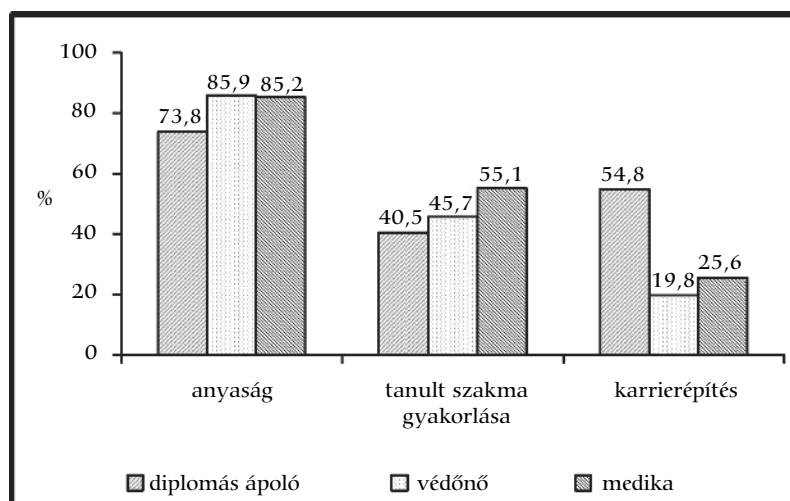
2. ábra: Az első gyermek vállalásakor tervezett anyai életkor; a hallgatói válaszok megoszlása, % (N=198)



A teljes minta válaszait értékelve, az anyaság, a tanult szakma gyakorlása és a karrier-központú életstratégia között rangsorolva, legtöbbször az anyaságot (83,1%), legkevésbé a karrierépítést (29,4%) jelölték meg (3. ábra). 5,97%-uk mind a három jövőbeni feladatot közel azonos fontosságúnak ítélte. Bár az anyaság-orientált jövőképre adott hallgatói válaszokban a különbség statisztikailag nem alátámasztható ($p=0,196$), mégis fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a diplomás ápoló hallgatóknak kevésbé jelöl-

ték meg az anyaság-orientált jövőt. Ugyancsak az ápolói hivatásra készülők 54,8%-a tartja elengedhetetlennek jövőbeni életpályája során a szakmai karrier tudatos építését. Ebben a tekintetben a másik két hallgatói csoport válaszaihoz képest a különbség statisztikailag alátámasztható ($p<0,001$), vagyis jóval kisebb az esélye annak, hogy a védőnőhallgatók (OR: 0,203; 95% CI: 0,090-0,461), illetve az orvostanhallgatók (OR: 0,285; 95% CI: 0,129-0,629) tudatos karrierépítés tervezzenek.

3. ábra: Jövőbeni szereptervek, a hallgatói válaszok megoszlása, % (N=201)



A hallgatónők nagyobb hányada (65,5%-a) szerint inkább női feladat a gyermekekről való gondoskodás, a diplomás ápoló hallgatónők valamivel kisebb százalékban (53,7%) gondolják így. Statisztikailag alátámasztható bizonyítékot kaptunk arra ($p=0,055$), hogy az egyes hallgatói csoportok másképpen gondolkodnak az egészségügyi hivatást terhelő szerepkonfliktusról. A diplomás ápoló hallgatónők 16,7%-a, az orvostanhallgatónők 15,6%-a, ugyanakkor a védőnők 4,9%-a gondolja úgy, hogy egészségügyi pályán lehetetlen a család és a munka összeegyeztetése.

Következtetések

A felmérésben résztvevők többsége a családalapítás előtti életszakaszban volt az adatgyűjtés idején. A fiatal diplomás vagy diplomát szerző nők általában szívesebben választják a lazább kötöttséget jelentő együttélést, részint a tanulás, részint a karrierépítés miatt (S. Molnár E., 2002), ennek ellenére a házasságkötés előtti „kipróbálási” stratégia nem jelent meg számottevően a mintában.

Más országokkal összevetve, a magyar fiataloknak csak elenyésző száma nem akar gyermeket vállalni (S. Molnár, 1999), ezt eredményeink is megerősítették. A legtöbb hallgató nő szeretne gyermeket szülni, azonban a ténylegesen tervezett gyermekszámot csökkentik vagyoni, vagy egyéb (pl. karrierépítési) tervek miatt, az utóbbi kérdéskört jelen kutatásunkban azonban nem vizsgáltuk.

A hallgatói válaszokban megjelenő tervezett gyermekszám egyenes arányban áll a származási család nagyságával. Nem várt eredményünk ugyanakkor az, hogy a lakóhely és az anya iskolai végzettsége nem mutatott összefüggést a gyermekvállalással kapcsolatos változókval.

Korábbi szociológiai felmérések eredményeihez hasonlóan (Falussy, Harcsa, 2000), a mintába bekerült hallgatónők véleménye a partnerek közötti családi szerepek megosztásáról is hagyományosnak minősítendő, hiszen a gyermekek gondol-

zását a minta kétharmada elsődlegesen női szerepkötelezettségnek tekinti, miközben a válaszadók egyaránt fontosnak tartják az anyai és a munkahelyi szerep párhuzamosságát, bármelyik szerep hiányát csak kevesen tudják elképzelni. Ennek ellenére a hallgatók nagyobb hányada nem számol a munkahelyi és családi szerepek konfliktusának lehetőségével tanulmányaik befejezését követően, legkevésbé a védőnő-hallgatók tekintik ezt esetleges feszültségforrásnak. Erre magyarázatot adhat (bár kutatásunkban ilyen irányú vizsgálatot nem folytattunk), hogy a jelenleg hallgatói státuszban levők döntő hányada kisgyermekkorától kezdve a „dolgozó anya” mintát láthatta, ezért elfogadva Barnett és munkatársai eredményeit (Barnett et al., 2003), érthető, hogy nem is számolnak különösebb szerepkonfliktussal.

Meglepő módon, több tekintetben is egyértelmű különbség írható le a diplomás ápoló hallgatónők és a másik két szak hallgatói között. A diplomás ápoló hallgatónők

(1) kevésbé jelezték, hogy mindkét szülő egyformán fontos szerepet töltött be gyermekkorukban a nevelő hatás tekintetében,

(2) jóval kevesebben éltek házastársi kapcsolatban a felméréskor,

(3) kevesebb gyermekre vállalkoznának szívesen,

(4) inkább gondolják úgy, hogy az egyedülálló, gyermekét nevelő nő is teljes életet élhet, valamint

(5) számukra sokkal fontosabb életcélként jelent meg a szakmai karrierépítés.

Mindenképpen fontos kutatási célnak tekintjük a markánsan megnyilvánuló különbségek okainak feltérképezését.

További lényeges feladatnak tekintenénk a jövőben a hallgatók tudatosabb felkészítését leendő hivatásukhoz és családjukhoz kötött szerepeikre, hogy a pályára lépve felkészültebben szembesüljenek a nemükből és választott hivatásukból adódó nehézségekkel.

Felmérésünk probléma feltáró jellegű előtanulmány, és ebben a kutatási irányban elkerülhetetlennek tartjuk a további szociológiai felméréseket.

Irodalomjegyzék

1. ACC Committee Report (1998): The ACC professional life survey: career decisions of women and men in cardiology. *JACC*, 32, 827-835.
2. Artazcoz, L. et al (2004): Combining job and family demands and being healthy. *Eur J Public Health*, 14, 43-48.
3. Barnett, R.C., Gareis, K.C. (2000): Reduced-hours job-role quality and life satisfaction among married women physicians with children. *Psychol Women Q*, 24, 358-364.
4. Barnett, R.C. et al. (2003): Planning ahead: College seniors' concerns about career-marriage conflict. *J Vocat Behav.*, 62: 305-319.
5. Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezi-na, M.(1999): Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occupational Health Psychol*, 4, 95-107.
6. Durand, M.A., Randhawa, G. (2002): Nurses' views about returning to practise after career break. *Br J Nurs*, 11, 477-485.
7. Falussy, B., Harcsa, I. 2000: Háztartás és háztartásgazdaság az időfelhasználás tükrében. In.: Kolosi T, Tóth I. Gy, Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi Riport 2000. Budapest: TÁRKI; 2000. 158-176.
8. Feith, H.J. et al.(2007): Hivatáspresztízis és önértékelés. Összehasonlító elemzés diplomás ápolónők és orvosnők véleménye alapján. *Nővér*, 20, 3-10.
9. Feith, H.J., Balázs, P., Kovácsné, T.Á. (2008): Egészségügyi diplomás nők családi és munkahelyi szerepeinek konfliktusa. *Lege Artis Med*, 18: 413-418.
10. Frank, E., Harvey, L., Elon, L. (2000) Family responsibilities and domestic activities of US women physicians. *Arch Fam Med.*, 9, 134-140.
11. Gjerberg, E. (2002): Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *Soc Sci Med.*, 54, 591-605.
12. Gyórfy, Zs., Ádám, Sz.(2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Med*, 13, 159-164.
13. Gyórfy, Zs., Ádám, Sz. (2004): Az orvosnői hivatás magatartástudományi vizsgálata. Szerepkonfliktus és az egészségi állapot alakulása orvosnők körében. *Mentálhig. Pszichoszomat.*, 5, 27-53.
14. Hajagos, O., Feith, H.J., Kovácsné, T.Á. (2006): Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatában. *Nővér*, 19, 31-38.
15. Kovácsné, T.Á., Feith, H.J., Balázs, P. (2007): „Főiskolai hallgatók érték és pályaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága. *Nővér*, 20, 3-9.
16. Kinnunen, U., Mauno, S. (1998): Antecedents and outcomes of work family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relat.*, 51, 157-177.
17. Knudsen, H.K., Ducharme, L.J., Roman, P.M. (2007): Job stress and poor sleep quality: Data from an American sample of full-time workers. *Soc Sci Med*, 64, 1997-2007.
18. Molnár, L., Katona, G. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról 3. rész. *Lege Artis Med*, 1, 966-970.

19. Molnár, R., Feith, H. (2000): Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Med*, 10, 810-818.
20. Roos, E., Lahelma, E., Rahkonen, O. (2006): Work-family conflicts and drinking behaviours among employed women and men. *Drug Alcohol Depend*, 83, 49-56.
21. S. Molnár, E. (1999): A gyermekvállalás konfliktusai In.: Pongrácz T.-né, Tóth I. Gy. (szerk.). Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2001. Budapest: TÁRKI; 1999. p. 155-172.
22. S. Molnár, E. Élettársi együttélések — tények és vélemények. In.: Nagy I, Pongrácz T.-né, Tóth I. Gy. (szerk.). Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2001. Budapest: TÁRKI; 2002. p. 65-88.
23. Sobecks, N.W. et al. (1999): When doctors marry doctors: a survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann Intern Med*, 130, 312-319.
24. Sjögren, K. et al. (2005): Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *Int J Nurs Stud*, 42, 751-758.
25. Tummers, G.E.R., Landeweerd, J.A., van Merode, G.G. (2002): Work organization, work characteristics, and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *Int J Stress Manag*, 9, 183-206.

Comparative study of the family-related attitude and plans of degree nursing students, trainee health visitors and medical students

Feith, H. J., Soósné Kiss, Zs., Kovácsné Tóth, Á., Balázs, P.

Aim of the survey: The main objective of our survey was to ascertain and compare the family plans of female nursing students, trainee health visitors and medical students.

Methodology and sample: The quantitative, questionnaire-based sociological survey was conducted among female medical students, trainee health visitors and degree nursing students. A total of 201 persons, or 68.08% of the target population, returned a questionnaire that was suitable for evaluation.

Results: In terms of marital status we found no significant differences between the three student groups ($p=0.572$); the highest proportion of students (more than 85%) were single at the time of the survey. The majority of the students believe that having children is indispensable for women in order to ensure a full and balanced life, and this opinion was held consistently across the groups of students ($p=0.372$). More than 90% of participants in the survey plan to have children, and the average planned age of having the first child is 27.03 years, across the sample.

Conclusions: The respondents regard maintaining a balance between their home and professional lives as being important. Numerous differences can be detected between the degree nursing students and the other two groups of students with regard to their plans for having children, which is why we regard it as important to conduct research into this area.

Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében

Marton-Simora József

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Ápolás és Betegellátás Intézet Kar Sürgősségi Ellátási Tanszék

Gyermán Orsolya

mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat

Dr. Nagy Gábor

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Ápolás és Betegellátás Intézet Kar Sürgősségi Ellátási Tanszék

Deutsch Krisztina

tanársegéd, PTE Egészségtudományi Ápolás és Betegellátás Intézet Kar Sürgősségi Ellátási Tanszék

Dr. Göndöcs Zsigmond

főigazgató, Országos Mentőszolgálat

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, tanszékvezető, PTE Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet Sürgősségi Ellátási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: a cél annak felmérése volt, hogy milyen mértékben érinti a magyar mentődolgozókat a poszttraumás stressz betegség (PTSD), amely a stressz-reakciók által kiváltott pszichés és testi egészségkárosodások összessége, valamint annak vizsgálata, hogy melyek azok a faktorok, amelyek leginkább meghatározzák a betegség kialakulását, és milyen módon lehet az ártalmakat csökkenteni. **Minta és módszer:** 100 fő budapesti, kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozó körében végzett önkényes mintaválasztási eljárás alapján keresztmetszeti vizsgálat. Az adatgyűjtés módszere: Briere-féle standard PTSD felmérő teszt, saját kérdés csoportokkal kiegészítve. Az elemzéshez a khi-négyzet próba, kétmintás T-próba és Mann-Whitney teszt került alkalmazásra az SPSS 13.0 statisztikai szoftverrel.

Eredmények: a megkérdezettek körében a standard PTSD teszt segítségével megállapított összes PTSD pontszám 0 és 65 közötti, átlagosan pedig 20. A PTSD mértéke és a válaszolók neme között szignifikáns összefüggés van (Mann-Whitney: $p = 0,003$). A lakhely, a nem, a PTSD szintje között további szignifikáns összefüggések mutathatók ki.

Következtetések: a megkérdezett mentődolgozók munkájuk során olyan hatásoknak vannak kitéve, melyek nagyban hozzájárulhatnak a PTSD kialakulásához. A PTSD szintje a budapesti mentődolgozók körében magas, ezért intervenció programok kidolgozására van szükség.

Kulcsszavak: poszttraumás stressz betegség (PTSD); mentés

1. A probléma ismertetése

A nemzetközi irodalom szerint a rendőrök és tűzoltók mellett a mentődolgozók körében legmagasabb a poszttraumás stressz betegség (PTSD) előfordulása a civil foglalkozásúak körében (Jonsson et al., 2003). Magyarországi kutatás még nem készült a kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozók körében a PTSD-ről, bár az utóbbi években néhány vizsgálat intenzíven foglalkozott a mentődolgozók lelki állapotával (Juhász et al., 2006).

A stressz-reakciók előfordulása a segítők körében természetes. Munkájuk során naponta találkoznak embertársuk fájdalomával, szenvedésével, halálával. Ez az oka annak, hogy a PTSD szempontjából magas kockázati csoportba soroljuk őket. (Jonsson et al., 2003) Fontos kérdés volt számunkra, hogy milyen okokra vezethető vissza, hogyan jelentkezik, miben nyilvánul meg, hogyan kezelhető, és mindezek ismeretében, hogyan előzhető meg.

2. Elméleti háttér

2.1. A PTSD definíciója

A PTSD értelmezésére többféle munkadefiníció létezik, melyek segítik a diagnózis felállítását is.

A poszttraumás stressz betegség egy szorongással járó rendellenesség, melynek megélése fokozottan igénybe veszi a szervezetet. Diagnosztizálni mégis nehéz, mivel a tünetek igen sokfélék, és a mentődolgozók nincsenek tisztában a PTSD mibenlétével. (Grinage, 2003)

A munkavégzésből adódó traumák jellemzői, későbbi elhúzódó hatásai nem ismertek a mentődolgozók számára. Azoknál, akik nem tudják megfelelő módon kezelni ezeket a stresszhelyzeteket, később egyéb, pszichés problémák alakulhatnak ki. A szakirodalom rávilágít arra, hogy a környezeti stressz, az egyént érő kisebb traumák sorozatos jelenléte a mindennapi életben szintén vezethet a PTSD kialakulásához, vagyis nem szükségszerű egyetlen nagy trauma átélése, hanem mikro-események sorozata, melyekből traumatikus folyamat áll össze, ugyan úgy okozhat PTSD-t. (Alexander, Klein, 2001)

Egy elsősorban az USA-ban használatos definíció szerint a diagnosztizáláshoz szükséges legalább egy, az egyén számára megrázó esemény átélése. Ez az élmény az egyént intenzív félelemmel, rémülettel tölti el. Az adott esemény később bizonyos formákban visszatér. Ez lehet gondolat, rossz álm, vagy valamilyen arra emlékeztető dolog, melyek hatására úgy érzi, mintha újraélné a történeteket. Ezek mindig erős stresszt váltanak ki az egyénből. Ezért igyekeznek kerülni minden olyan tényezőt, amely bármilyen formában összefüggésben lehet az átélt traumával, ez lehet egy beszélgetés a megtörtént eseményről, vagy gondolatok, emberek, helyszínek. A tünetek között említhetjük azt, hogy képtelen felidézni a trauma fontos mozzanatait (én-védő mechanizmus). Mivel kerüli az emberek társaságát, ezért elszigeteltnek is érzi magát, elidegenedik másoktól. Megfigyelhető a folyamatos készenlét és figyelem, túlzatottság (hyperarousal), mely annak tudható be, hogy folyamatosan számít va-

lamilyen életet veszélyeztető esemény bekövetkeztére. Emiatt nehezen alszik el, vagy gyakran felébred, ingerlékeny, koncentrációs nehézségek jelennek meg, és felerősödnek a félelmi reakciók. Fontos, hogy ezen tünetek az anamnézisében nem szerepelnek, csak az átélt esemény óta vannak jelen. Gyakran csak hetekkel-hónapokkal később jelentkeznek. Ezek a panaszok jelentős szenvedést okoznak az egyénnek, a normális életvitelt akadályozzák. (APA, 1994, OMSZ, 2006)

2.2. Korábbi tanulmányok

A PTSD-vel az elmúlt évtizedek számos nemzetközi tanulmánya foglalkozott. A pszichikai zavarok jelentkezése traumát követően nem egy új jelenség, már Samuel Pepys (angol minisztérium tisztviselő) is írt naplójában folyamatos stressz állapotáról az 1666-os nagy londoni tűzvészt követően. (Jonsson et al., 2003)

2.2.1. PTSD a hadszíntereken

Az Egyesült Államokban elsőként a polgárháború idején (1861-1865) foglalkoztatta a katonáorvosokat ez a jelenség. Dr. Mendez DaCosta amerikai katonáorvos 1876-ban megjelentetett tanulmányában „Soldier's Heart”-ként említi, melynek tünetei az extrém kimerültség, fáradtság, az állandó készsültség, hypervigilitás és szívritmuszavarok. (Bennett et al., 2004) A XX. században Abraham Kardiner amerikai pszichiáter a New York-i veterán hivatal pszichiátriai klinikáján dolgozva sok harctéri neurózisban szenvedő beteggel találkozott. 1941-ben megjelent könyvében (The Traumatic Neuroses of War) vázolja azokat a traumás tünetegyütteseket, melyek a mai, modern diagnosztika alapjául szolgálnak.

Európában, az 1870-es években Jean-Martin Charcot francia neurológus többek között a különböző eredetű traumák okozta hisztériákkal is foglalkozott. Terápiaként a hipnózist alkalmazta. (Harrington, 2001) Sigmund Freud Charcot egyik tanítványaként szintén foglalkozott a hipnózissal. 1896-ban megjelent könyvében (Zur Ätiologie Der Hysterie) a hisztériát a gyermekkori szexuális zaklatással hozza összefüggésbe, mely

szintén oka lehet a PTSD kialakulásának. (Bennette et al., 2004)

A pszichológus Pierre Janet írásaiban merült fel először, hogy összefüggés lehet az átélt trauma és a megváltozott viselkedés között. Ezt részletezi az 1891-ben megjelent könyvében is (*L'État mental des hystériques*). 1919-ben Janet megjelenteti *Psychological Healing (Les Medications Psychologiques)* című művét, melyben a traumák okozta rendellenességek kezelését vázolja. Ez a mű hatalmas előrelépést jelentett a traumák okozta kórképek szakszerű megközelítésében és kezelésében. (Ehrenreich, 2002)

Mindkét világháború harctéri sebesültjeinél tapasztaltak hasonló tüneteket. Ugyanakkor a harcoló katonáknak azt a látszatot kellett mutatniuk, hogy egészségesek, különben kitették magukat annak a megaláztatásnak, hogy alsóbbrendűnek, szimulánsnak titulálták őket.

Lewis Yealland brit pszichiáter véleménye az volt, hogy e kórkép kezelésében elsődlegesen alkalmazandó módszer a fenyegetés, megszegyenyítés és büntetés, melyet le írt 1918-ban kiadott könyvében (*Hysterical Disorders of Warfare*). (OMSZ, 2006)

A Második Világháború során már elfogadták a harci fáradtság (harctéri sokk) jelenlétét, valamint azt is elismerték, hogy ennek oka nem elsősorban fizikai behatás, hanem a rengeteg átélt borzalom. (OMSZ, 2006)

2.2.2. PTSD a civil lakosság körében

PTSD a civil lakosság körében is kialakulhat. Példa erre az ostromlott területek túlélői, hirosimai túlélők, illetve bizonyos szakmákban dolgozók. A tünetek és a pszichés folyamatok minden csoportban ugyanazok voltak, mint a harcoló katonák esetében. (NM, 1995, Bennette et al., 2004)

Közlekedési balesetek túlélőit vizsgálva ugyancsak hasonló jelenséggel találkozhatunk. A szakemberek ekkor elsődleges és másodlagos sérülésekről beszélnek. Az elsődleges sérülés a fizikai károsodásokat jelentette, a másodlagos sérülések kifejezés a lelki következményekre vonatkozott.

A kutatók az 1980-as évek elejétől kezdtek el foglalkozni a mentők, tűzoltók,

rendőrök körében kialakuló pszichés tünetekkel, melyeket a munkavégzésből eredeztettek. (Juhász et al., 2002) Nem volt mindig jelen egyetlen nagy trauma. A betegség lényege, hogy az eseményeket az egyén nem tudja beépíteni a személyiségébe, így azok kumulálódnak, és a PTSD sorozatos, kisebb traumák következtében is kialakulhat.

A mentőmunka nagyon felemelő, ám gyakran érheti a segítőt traumatizáló esemény. A legmegrázóbb élmények: gyermekesérültek, bölcsőhalál, tömeges baleset, tüzesetek, autóbalesetek, égett sérültek, halál megállapítás, erőszakos esetek, gyilkosság helyszíne, ha az áldozat kolléga vagy személyes ismerős, tehetetlenség érzése a helyszínen. A szörnyű látvány, a veszélyes helyszínek, a feladatok gyakran fizikailag megerőltető volta, az alváshiány, a krónikus fáradtság mind-mind elősegíthetik különböző pszichés betegségek kialakulását. (Kessler et al., 1995) A mentődolgozók jelentős részénél egy nagy katasztrófa mentési munkálataiban való részvételt követően fennáll az akut stressz reakció kialakulásának veszélye, melyből később kifejlődhet a PTSD. Egy tanulmány szerint a PTSD előfordulása a mentődolgozók körében 20% körül van, a pszichiátriai tünetek 20-60% között mozognak. (Grinage, 2003)

Egy másik tanulmány szerint a „mentődolgozók stressz szintje, valamint körükben a kiégés sokkal magasabb, mint a tűzoltók körében”. (Boudreaux, Mandry, 1996) A PTSD előfordulásának gyakorisága és lefolyásának súlyossága összefüggésben van a trauma súlyosságával, és gyakoriságával. A mentődolgozóknak gyakran kell hozniuk gyors döntéseket, a tőlük elvárható legmagasabb szintű betegellátást kell nyújtani még a legextrémebb környezetben is.

A férfiak között a felmérések szerint magasabb a PTSD aránya, mint a nők körében (23% - 15%). Ennek oka lehet az, hogy a nők megküzdési stratégiája szélesebb körű, könnyebben hozzáférnek, jobban használják a coping mechanizmusokat. Minde mellett sokkal könnyebben megnyílnak, és előbb ismerik be azt, hogy lelki gondokkal küszködnek, mint a férfiak. (Sterud et al., 2006)

2.3. A diagnózis felállításának nehézségei

A PTSD diagnózisa nem könnyű, több okból kifolyólag. Lehetséges, hogy a beteg úgy gondolja, hogy nincs kapcsolat az átélt trauma és a tünetek között. Gyakran tagadják az eseményt. A diagnózist megzavarhatja az a tény is, hogy a beteg depressziós tüneteket mutat, túlzott alkohol, illetve droghasználó, vagy egyéb társult pszichiátriai zavar van jelen. A PTSD-ben szenvedők sokkal gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert. Ezekre az emberekre jellemző lehet, hogy gyakran felkeresik háziorvosukat különböző, szerteágazó testi tünetekkel. A kivizsgálás persze pénz- és időigényes, és az esetek nagy részében negatív az eredmény. A tünetek azonban nem szűnnek. Ekkor jó esetben felmerül a pszichoszomatikus kórképek diagnózisa. Tringer László szerint „lényegében minden betegség pszichoszomatikus, amennyiben pszichológiai vonatkozásai is vannak”.

2.4. A PTSD terápiája

A kezelés mindenekelőtt magában foglalja a beteg tájékoztatását a kórképet illetően. Igen jó eredmények érhetők el kognitív viselkedés terápiával. Am súlyosabb esetben, illetve akkor, amikor a betegség nagyfokú szenvedést okoz, szükség lehet a gyógyszeres kezelésre. A szelektív szerotonin reuptake gátlók képezik a gyógyszeres terápia fő vonalát. (Grinage, 2003)

Azoknál a betegeknél, akik valamilyen fajta kezelésben részesülnek, a betegség hossza hozzávetőlegesen 36 hónap. Am azoknál, akiket nem kezelnek, akár a 64 hónapot is elérheti. A betegek valamivel több, mint 1/3-a nem gyógyul ki a betegségéből. (Harrington, 2001)

A fenti szakirodalmi áttekintésből kitűnik, hogy a probléma a magyar mentődolgozók körében is aktuális jelenség lehet, mely szerepet játszhat a mentődolgozók mindennapi munkahelyi és családi életében egyaránt.

3. A vizsgálat célja

Célunk volt annak vizsgálata, hogy a budapesti, kivonuló szolgálatot teljesítő mentő-

dolgozókat milyen mértékben érinti a PTSD, és ezt milyen faktorok befolyásolják. Célunk volt továbbá megvizsgálni azt, hogy a nemek, a családi állapot, az iskolai végzettség és beosztás hatással vannak-e a PTSD mértékére, illetve, hogy a munkavégzés sajátosságai (jellemző élmények) hogyan befolyásolják azt.

4. Kutatási minta és módszer

A Budapesten kivonuló szolgálatot teljesítő gépkocsivezetőket, ápolókat (képzés nélkülieket és szakképzetteket egyaránt), orvostanhallgatókat, mentőtiszteket és mentőorvosokat kértünk meg a részben standardizált és részben saját tételcsoportokat tartalmazó kérdőív önkéntes és anonim kitöltésére keresztmetszeti vizsgálat keretében, önkényes mintaválasztás alapján. Kizártuk azokat a dolgozókat, akik nem vesznek részt mentésben (nem a kivonuló állományba tartozó mentőgépkocsikon, illetve a mentésirányításban dolgozók, valamint adminisztratív tevékenységet végzők). A vizsgálatához szükséges írásos engedély beszerzését követően kettő kivételével a tizenhárom budapesti mentőállomás mindegyikét bevontuk a vizsgálatba. A 165 kérdőívből 108 érkezett vissza, és ebből 100 darab volt értékelhető.

4.1. Az adatfelvétel módszere

A vizsgálati eszköz tizenkilenc kérdésből állt. Alkalmaztuk a John Briere és Marsha Runtz által kidolgozott tesztet, melynek címe: Trauma symptom checklist-40. (Harrington, 2001) A teszt eredetileg egyetlen olyan tünetet tartalmaz, mely összefüggésben van a traumás élményekkel. A szexuális zaklatásra vonatkozó kérdések nem kerültek be jelen vizsgálatba. A dolgozónak az elmúlt két évet kellett alapul venniük a teszt kitöltésénél. A válaszadási lehetőség nullától háromig terjedt, ahol a nulla jelölés akkor helytálló, ha az elmúlt két évben emlékezete szerint nem tapasztalta az adott tünetet. A három akkor jelölte, ha ugyanebben az időszakban több, mint hat alkalommal érzékelte magát. A tesztre kapható minimális pontszám így

0, maximális pontszám 99 volt. Minél magasabb lett a tesztre kapott pontszám, annál magasabb a PTSD kialakulásának valószínűsége. A PTSD szintjét felmérő tesztet saját kérdőívünkkel egészítettük ki, melyben főként a szociodemográfiai adatok és a munkavégzésre vonatkozó információk szerepeltek.

4.2. Adatfeldolgozás módja

Az adatfeldolgozás a Windows SPSS 13,0 statisztikai szoftver segítségével történt. A kérdőívek kódolását és ellenőrzését követően az összefüggések vizsgálatába kezdtünk. A khi-négyzet próba segítségével vizsgáltuk a változók közötti összefüggést, a kétmintás T-próba a változók közötti átlagok különbözőségének vagy egyezőségének szignifikáns voltát igazolta, míg Mann-Whitney tesztet alkalmaztunk független csoportok összehasonlítására. Szignifikánsnak tekintettük eredményeinket $p \leq 0,05$ esetén.

5. Eredmények

5.1. Szociodemográfiai adatok

14 fő nő és 86 fő férfi került be a vizsgálati mintába. A megkérdezettek átlagélet-

kora 36 év, a legfiatalabb 19, a legidősebb válaszadó 56 esztendő. Ezen belül a nők átlagéletkora 29 év, a férfiaké 35 év. Családi állapot tekintetében egyedülálló 30 fő, élettársi kapcsolatban 16-an élnek, 43-an házasok, 11 fő vált el és senki sem özvegy. A megkérdezettek közül 82-en jelölték lakhelyüknek Budapestet, 7 fő lakik városban és 11 falun.

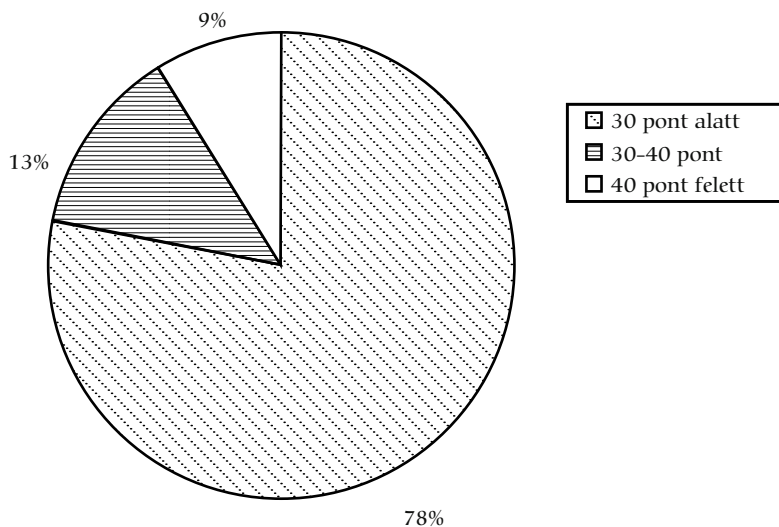
Egy főnek nyolc általános, 18 főnek szakmunkásképző, 49 főnek érettségi a legmagasabb iskolai végzettsége. Főiskolát 21-en végeztek, míg egyetemi diplomát 11 fő szerzett.

A válaszadók közül 37 fő gépkocsivezető, ugyanennyi mentőápoló, 13-an dolgoznak mentőtisztként, 7 fő rezidens orvos, 5 mentőorvos és 1 fő oxyológus szakorvos. Átlagosan 9 éve dolgoznak az Országos Mentőszolgálatnál.

5.2. PTSD pontszámok

A kitöltők átlagosan 19,68 pontot értek el. (1. ábra) A legalacsonyabb 0, a legmagasabb érték 65 pont. A legmagasabb pontot elért személy férfi, és mindössze két éve dolgozik az Országos Mentőszolgálatnál gépkocsivezetőként, 24 éves. A második legmagasabb pontszámot elért mentődolgozó szintén férfi, 40 éves, 21 éve vonul ápolóként, az ő pontszáma 59.

1. ábra: PTSD pontszámok megoszlása (n=100)



A 30 és 40 közötti pontszámot elért válaszadók 13-an vannak, közöttük 5 nő és 8 férfi szerepel. Átlagéletkoruk 29 év. Beosztásukat tekintve 31% gépkocsivezető, 39% ápoló, 16% mentőtiszt, 7% rezidens és 7% mentőorvos szerepel. Átlagosan 6 éve állnak a Mentőszolgálat alkalmazásában, mindegyikük a fővárosban lakik. Közöttük a legalacsonyabb iskolai végzettség az érettségi.

A 40 pont feletti kilencen vannak, átlagéletkoruk 31 esztendő (24-48). Átlagosan 10 éve dolgoznak az OMSZ-nál. Közöttük egy nő és nyolc férfi szerepel. Beosztásuk szerint 44%-uk gépkocsivezető, 22%-uk mentőápoló, 22% mentőtiszt, és 11% mentőorvos.

A magas pontszámot (30 pont felett) elért válaszadók legtöbbször ipari baleset, beszorult súlyos sérült, gyermek-sérült és erőszakos bűncselekményben sérültek mentésénél voltak jelen az elmúlt két évben.

Nulla pontot az összes megkérdezett 5%-a ért el. Közülük 3 fő gépkocsivezető, 2 fő mentőápoló. A legfiatalabb 26, a legidősebb 50 éves. Átlagosan 15 éve dolgoznak az Országos Mentőszolgálatnál.

5.2.1. A legjellemzőbb tünetek

A legtöbben (44-en) azzal az állítással értették egyet, hogy nem érzik magukat kipihentnek reggelként.

A második leggyakoribb válasz a fejfájás volt, 32 fő tapasztalt több, mint hat alkalommal fejfájást az elmúlt két évben. A

PTSD másik jellemző tünete az emléketőrés. 63-an jelölték azt a választ, hogy soha sem volt ilyen élményük, 27 főnél 1-2 alkalommal fordult elő az elmúlt két évben, 6 válaszadónál 3-6 alkalommal, és 4-en válaszolták azt, hogy több mint 6 alkalommal ebben az időszakban. Ennek a négy főnek a PTSD pontszáma 34, vagy 34 feletti: 34, 37, 44, 65. Átlagéletkoruk 27 év, mindannyian férfiak, átlagosan 8 éve dolgoznak a Mentőszolgálatnál. Csak egyikük venné igénybe szakember segítségét.

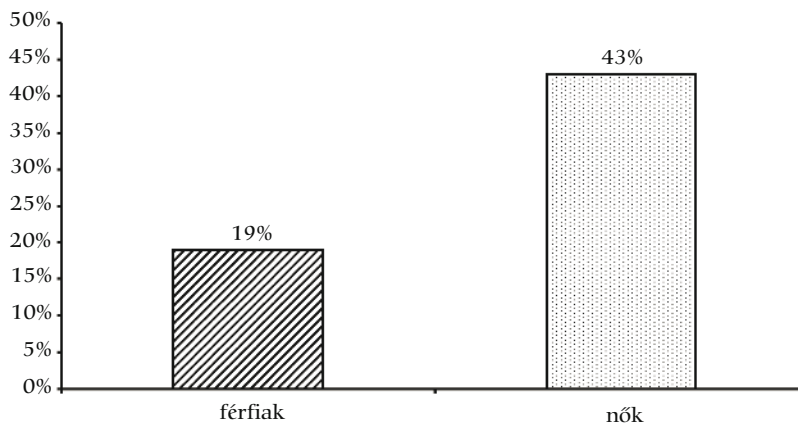
Másik markáns tünet a rémálom. Négy kitöltőnél 3-6 alkalommal, három főnél több, mint 6 alkalommal jelentkezett a jelzett időszakban, közöttük két nő és 5 férfi van. Összpontszámuk 2 kivételével szintén 30 fölött van. Átlagéletkoruk 34 év. Beosztásuk szerint 4 mentőápoló és 3 mentőtiszt.

Ugyancsak jelentős tünet az, hogy a kitöltő feszültnek érzi magát. 18-an érezték magukat feszültnek munkájuk során 3-6 alkalommal az elmúlt két évben, valamint 4 fő jelölt több, mint 6 alkalmat. Az ő átlagpontszámuk 36,7.

5.3. PTSD kapcsolata a nemekkel

A megkérdezett nők (14 fő) átlagpontszáma a tesztben 21,71 pont, ez a férfiak (86 fő) esetében 18,37 pont lett. (2. ábra) A nők 40%-a, a férfiaknak pedig 18%-a ért el 30 feletti pontszámot a PTSD teszten. A Mann-Whitney teszt szintén szignifikáns összefü-

2. ábra: 30 pont feletti PTSD érték aránya a nemek függvényében (n=100)
p=0,003



gést mutat a teszten elért pontszám, illetve a nemek között. ($p=0,003$). Tehát vizsgálatunkban a megkérdezett nőknél a PTSD előfordulásának esélye magasabb, mint a megkérdezett férfiak körében.

A nők között a legalacsonyabb pontszám 8, a legmagasabb 43 lett. A legmagasabb pontszámot elért férfi 65 pontot kapott a teszten, és gépkocsivezetőként dolgozik.

30–40 pontot a nők között 28% ért el. Átlagéletkoruk 28 év és átlagosan 4 éve dolgoznak az OMSZ-nál. A férfiaknál ugyan ezen ponttartárok között 9-en voltak. Az átlagéletkor 31 év, a mentőknél átlagosan 7,6 éve dolgoznak.

A női dolgozóknál 30 pont felett összesen hat fő volt. 33%-uk egyedülálló, 50%-uk házas, 33%-uk elvált. 50%-uk mentőtiszt, 16% rezidens és 33%-uk mentőorvos.

A férfiaknál 30, vagy annál több pontot 9 fő ért el. Egyedülálló egyharmaduk, életjárási kapcsolatban 22%, míg házastársi kapcsolatban 44%-uk él. A nőkkel ellentétben itt senki sem vált el.

5.4. PTSD és beosztás, felelősség

Beosztás szerint 33% a gépkocsivezetők, 55% a mentő szakápolók, és 11% a mentőtisztek aránya. Egy kivétellel mindenki élt át megrázó dolgokat és a tapasztalat mindenkinek segített túljutni, vagy elkerülni a lelki nehézségeket. A segítséget legtöbbjüknek az jelentette, ha a kollégákkal vagy a családdal meg tudták beszélni a munkahelyi élményeket. Egy fő a lelkéssel osztja meg

az átélt eseményeket. A PTSD megjelenése beosztás szerint is változik, bár a statisztikai módszerekkel szignifikancia nem volt kimutatható. A gépkocsivezetők között átlagosan 17,81, ápolók között 18,7, mentőtisztek között 24,61, rezidensek esetében 21,42, mentőorvosok körében 28, míg az egyetlen oxyológusnál 3 pont. (3. ábra)

5.5. Megrázó élmények

Megkérdeztük, hogy találtak-e olyan esettel, amely lelkiileg megviselte őket. A megkérdezettek majdnem háromnegyede (72%) igennel válaszolt. Beosztásukat tekintve 33% gépkocsivezető, 37% mentőápoló, 15% mentőtiszt, 8% rezidens, és 7% mentőorvos. Azok közül, akik átéltek megrázó élményt, 80%-uk gondolta azt, hogy a tapasztalat segít könnyebben megbirkózni a lelki gondokkal. A 28 dolgozóból, akik nemleges választ adtak 46% gépkocsivezető, 37% mentőápoló, 11% mentőtiszt, 3% rezidens és ugyanennyi oxyológus.

A nemek és a megrázó élmények között szignifikáns kapcsolat van ($p=0,012$). A nők 100%-a átélt már munkája során megrázó élményt, míg a férfiaknál ez az arány 44%-os.

Szignifikáns összefüggés mutatkozik a PTSD pontszámok és a megrázó élményt átélt kitöltők között ($p=0,000$, log. reg). Azok, akik találtak megrázó élménnyel, átlagosan 23 pontot kaptak a teszten, míg azoknak, akiknek nem volt a munkájuk során megrázó élménye, 10,6-os átlagpontszámot

3. ábra: PTSD átlag pontszámok a beosztás szerint (n=100)



kaptak. Tehát összefüggés van a munkavégzés során átélt rossz élmény és a PTSD pontszámok között.

Szignifikáns összefüggés mutatkozik a lakhely és a megrázó élmény jelölése között is ($p=0,036$). A Budapesten élők 75%-ának munkája során volt megrázó élménye. Ám azok között, akik falut jelöltek lakhelyüknek, csak 45% találkozott megrázó élménnyel. Úgy tűnik, hogy a falun élő mentődolgozók kevésbé érzékenyek a külső hatásokra, mint a fővárosban élő kollégáik.

A megrázó élmények között legelső helyen szerepel a gyermekekkel és fiatalokkal kapcsolatos haláleset, melyet a megkérdezettek 20%-a jelölt. Átlagpontszámuk 23,96. A gyermek halálesetet megemlítők, valamint a legmagasabb iskolai végzettség között szignifikáns összefüggés mutatkozik ($p=0,033$).

5.6. Iskolai végzettség és PTSD

A kitöltők közül csak 1 főnek volt a legmagasabb iskolai végzettsége 8 általános, gépkocsivezetőként dolgozik az egyik budapesti mentőállomáson 6 éve, a teszten elért eredménye 16 pont.

A szakiskolában és szakmunkásképzőben végzettek között 18 fő van. 13-an közülük gépkocsivezetőként, 5-en mentőápolóként vannak az OMSZ alkalmazásában. Ők átlagosan 14,1 pontot értek el a teszten. 7 és fél éve mentőznek átlagosan.

A gimnáziumi érettségivel rendelkezők 49-en voltak, közöttük 21 fő a gépkocsivezető és 28 fő mentőápoló. Átlagosan 8 éve dolgoznak, PTSD pontszámuk 19,4.

A főiskolát végzettek 21-en vannak. Egy fő gépkocsivezetőként, hatan ápolóként, 14-en mentőtisztként dolgoznak, átlagosan 14 éve. Átlag PTSD pontszámuk: 21,9 pont.

Az egyetemi diplomával rendelkezők 11 főt tesznek ki. Közöttük egy fő gépkocsivezető, négy rezidens orvos, öt mentőorvos és egy oxológus van. Átlagosan öt esztendeje dolgoznak. PTSD átlag pontjuk 25,5.

5.7. Igénybe vett segítség

A kitöltőket megkértük, jelöljék meg, hogy az elmúlt öt év során kinek a segítségét vették igénybe munkahelyi stresszel

kapcsolatban. A válaszadási lehetőségek a következők voltak: a főnököm, a kollégáim, pszichológus, pszichiáter, háziorvos, szociális munkás, család. Felajánlottuk az egyéb kategóriát is, mint válaszadási lehetőséget.

Legtöbben a kollégák segítségét jelölték meg, átlag PTSD pontszámuk 22,8 pont lett. A kollégák segítségének igénybevétele és a családi állapot között szignifikáns kapcsolat van ($p=0,010$). Az egyedülállók 73%-a a kollégákat jelölte meg legnagyobb segítségnek mely nem túl meglepő, és tükrözheti a kollégák közötti jó viszonyt.

Szignifikáns összefüggés mutatkozik a nemek és a kollégák segítségét igénybevevők között is ($p=0,032$). A nők 78%-a beszéli meg inkább a kollégáival a munkahelyi nehézségeket, a férfiak közül 48% teszi ugyanezt.

A család segítségét a kitöltők 33%-a veszi igénybe, ugyanakkor az összes megkérdezett közül csak 6% jelölte a főnökét, mint olyan embert, akivel a munkahelyi problémákat megbeszélheti. Egy fő jelölte az egyéb kategóriában a lelkesítő segítséget. Az ő pontszáma 44 a PTSD teszten, tehát magasnak mondható.

Ugyancsak egy fő választotta a relaxációs technikákat, mint segítséget a munkahelyi élmények okozta stressz csökkentésében. Pontszáma a teszten 7, tehát alacsony.

5.8. Szakember segítségének igénybevétele

A megkérdezettek csaknem fele, 49%-a gondolta úgy, hogy igénybe venné szakember segítségét, ha lenne rá lehetősége, valamint ha szükségét érzi. Átlag PTSD pontszámuk 24,2. Azoknál, akik nem vennék igénybe a szaksegítségét, ez 15,2 pont.

A lakhely és szaksegítség esetleges igénybevétele között szignifikáns összefüggés van ($p=0,003$). A Budapesten és városban élők nagy százaléka (63%, 71%) úgy érzi, hogy nincs szüksége segítségre (PTSD átlag: 18). Ám a falun élők 71%-ának nincs ideje a segítség igénybevételére (PTSD átlag: 11,2).

Szignifikáns összefüggés mutatkozik a nemek és a szaksegítség igénybe nem vétele között ($p=0,039$). A nemleges választ adó nők 20%-a gondolja úgy, hogy nincs rá szüksége. Ugyanezt a választ a férfiak 63%-a jelölte.

6. Következtetések

A vizsgálatba bevont mentődolgozók közül 22 fő PTSD pontszáma volt 30 pont feletti. Ez a betegség jelenlétét nem igazolja egyértelműen, de további vizsgálatok szükségességét veheti fel.

Az eredmények alapján a nemzetközi publikációk adataitól eltérően (Sterud et al., 2006) a budapesti, kivonuló szolgálatot teljesítő nőknél nagyobb a betegség kialakulásának veszélye, mint a férfiaknál.

Ha a beosztás tekintetében vizsgáljuk a kapott eredményeket, akkor legkevésbé a gépkocsivezetőket érinti a PTSD kialakulásának veszélye. Legmagasabb pontszámot a mentőtisztek és mentőorvosok kapták, de az összefüggés nem szignifikáns.

Szignifikáns összefüggés mutatkozott a megrázó élmény átélése és a kapott PTSD pontszám között. Azok esetében, akik megrázó élmény átélését jelölték, az átlag PTSD pontszám dupla annyi lett, mint azoknál, akik nem találtak megrázó élménnyel.

Szignifikáns összefüggés volt kimutatható a nemek és a munkavégzésből adódó megrázó élmények között is. A megkérdezett nők mindegyike találkozott megrázó élménnyel munkája során, a férfiaknál 80%-os volt ez az arány.

A legmegrázóbb élménye a mentődolgozók nagy részének (29%) a gyermekek és fiatalok ellátásával volt kapcsolatos.

Legnagyobb arányban a budapestiek tapasztaltak megrázó élményeket munkájuk során. A megkérdezettek 71%-a jelölte

lakhelyének a fővárost. Ebből következhet, hogy a budapestiek valamilyen okból érzékenyebbek az őket ért negatív élményekre, mint vidéki kollégáik. Ennek talán oka lehet, hogy a nyugodtabb lakókörnyezet jobban segíti a stresszkeltő tényezők oldását.

A magasabb iskolai végzettséggel nőtt azoknak az aránya, akik felkeresnék a szakembert problémáik orvoslására. Leginkább a mentőtisztek, a rezidensek és az orvosok kérnék szakember segítségét, ami azért pozitívum, mert az átlag PTSD pontszámok körükben magasabbak, mint az ápolók és a gépkocsivezetők körében, ám ez az összefüggés nem szignifikáns.

Szignifikáns összefüggés volt azonban kimutatható a szakember segítségét nem igénylő mentődolgozók és PTSD pontszámuk között. Azok, akiknek elmondásuk szerint nincs szükségük segítségre, átlagosan valóban alacsonyabb pontszámmal rendelkeznek, tehát ebben a tekintetben igen jól látják saját helyzetüket.

A mentődolgozók lelki egészségnek védelme érdekében fontos megtalálni azokat az intervenciók lehetőségeit, melyeket a dolgozók szervezett formában elérhetnek. Szükség mutatkozik a kollégákkal való beszélgetés mellett szakmai segítség nyújtására is, pl. probléma-feldolgozó csoportos irányított beszélgetések, egyéni tanácsadás. A belügyi szervekhez hasonlóan feltétlenül indokoltnak tűnik pszichológus vagy képzett coacher (szupervíziós tréner) alkalmazása a mentőknél is.

Irodalomjegyzék

1. Alexander, D. A., Klein, S. (2001): Ambulance personnel and critical incidents. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 76-78
2. American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*
3. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C, Smith, E. E., Bem, D.J. (1997): *Pszichológia*, Osiris Kiadó, Budapest
4. Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. (2004): Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, 21, 235-236
5. Boudreaux E., Mandry C., (1996): Sources of stress among emergency medical technicians. *Prehospital and Disaster Medicine*, 11, 296—307

6. Ehrenreich, J. H., Ph.D., (2002): *Caring for Others, Caring for Yourself*, Center for Psychology and Society State University of New York College At Old Westbury
7. Grinage, Bradley D. (2003): *Diagnosis and Management of Post-traumatic Stress Disorder*. University of Kansas School of Medicine-Wichita, Wichita, Kansas
8. Harrington, R. (2001): *The railway accident: trains, trauma and technological crisis in nineteenth century Britain*, Mark S. Micale, Paul Lerner, *Traumatic Pasts: History and Trauma in the Modern Age*, Cambridge: Cambridge University Press, Cambridge
9. Hembree EA., Foa EB., (2000): *Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 33-39
10. Jonsson, A., Segesten, K., Mattsson, B. (2003): *Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*. *Emerg Med Journal*, 20, 79-84
11. Juhász Z., Simon M., Nagymajtényi L., Paulik E. (2006): *Az életmód és az egészségi állapot jellemzői a Dél-Alföldi Regionális Mentőszervezet dolgozóinál*. *Magyar Mentésügy*, 26, 98-105
12. Kessler RC., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson CB., (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060
13. Népjóléti Minisztérium (1995): *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*, Budapest
14. Oglesby, P. (1987): *Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia*. *British Heart Journal*, 58, 306-315
15. Országos Mentőszolgálat Szervezeti és Működési Szabályzata, (2006), Budapest
16. Stein MB., McQuaid JR., Pedrelli P., Lennox R., McCahill ME., (2000): *Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting*. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261-269
17. Sterud, T., Ekeberg, O., Hem E., (2006): *Health status in the ambulance services: a systematic review*. *BMC Health Serv Res.*, 6: 82. BioMed Central

Post-traumatic stress among Budapest ambulance workers

Marton-Simora, J., Gyermán, O., Nagy, G., Deutsch, K., Göndöcs, Zs., Betlehem, J.

The purpose of this survey was to assess the extent to which Hungarian ambulance workers are affected by post-traumatic stress disorder (PTSD), which is defined as a severe and ongoing emotional reaction to an extreme psychological trauma, and to determine which factors are the most important in the development of the condition, and how it is possible to minimise the damage.

Sample and survey: *Cross-section survey conducted among 100 Budapest ambulance workers on call-out duty, based on an arbitrary sample selection method. Data gathering: Briere standard PTSD test, supplemented with own question groups. Analysis: Chi-square test, two-sample T-test and Mann-Whitney test, using SPSS 13.0 statistical software.*

Results: *among the respondents, the total PTSD score established using the PTSD test ranged between 0 and 65, with an average of 20. A significant correlation was detected between the PTSD score and the gender of the respondents. (Mann-Whitney: $p=0.003$). Further significant correlations could be detected between place of residence, gender and PTSD score.*

Conclusions: *In the course of their work the surveyed ambulance workers are exposed to factors that contribute greatly to the onset of PTSD. The PTSD levels of Budapest ambulance workers are high, and therefore it is necessary to develop programs to address the problem.*

Key words: *post-traumatic stress disorder (PTSD); rescue*



A magyar tudomány és innováció kiemelt támogatója,
a sanofi-aventis/Chinoin

PÁLYÁZATI FELHÍVÁSA

a 2008. évi sanofi-aventis/Chinoin-díjakra.

Magyarország vezető gyógyszeripari vállalata, a hazánkban közel 100 éves múlttal rendelkező sanofi-aventis/Chinoin a hagyományokat követve 2008-ban is kiírja pályázatát szakmai és életműdíjra.

SZAKMAI DÍJ

Magyarországon ma a várható élettartam jelentősen (6-8 évvel) elmarad az európai átlag mögött. A sanofi-aventis/Chinoin támogatni kíván minden olyan kezdeményezést, programot, amely lehetőséget teremt ennek a különbségnek a csökkentésére. Az alábbi, kiemelt népegészségügyi problémát jelentő területeken, elsősorban a betegségek megelőzésével kapcsolatban várjuk a pályázatokat:

- kardiovaszkuláris és kardiometabolikus betegségek
- aterotrombózis
- diabétesz
- hipertónia
- vénás trombózis
- onkológia

A fenti témákban a szakmai pályázatok két formában adhatók be.

1. Tudományos értekezés, cikk vagy egyéb publikáció,

- amelyet 45 évnél nem idősebb kutató készített,
- amely 2 évnél nem régebben jelent meg vagy megjelenés előtt álló, elfogadott közlemény.

A pályázatok elbírálásánál előnyt jelent a Magyarországon végzett kutatás.

2. A felsorolt témakörökben kifejtett gyógyító-megelőző tevékenység eredményeinek ismertetése, az elért eredmények bemutatása. Pályázati feltétel, hogy a pályázó az elmúlt 5 év valamelyikében végzett.

A szakmai díjakat egy független, külső szakértőkből álló kuratórium ítéli oda. A díjak egyenkénti összege bruttó 1 000 000 Ft, amelyekből idén kettő kerül átadásra.

A díjra az egészségügyben dolgozó nem orvos kollégák jelentkezését is várjuk!

ÉLETMŰDÍJ

Az életműdíjra egy, az egészségügyben dolgozó közösség javasolhat olyan személyt, aki

- országosan elismert szakember
- tudományos tevékenységével hozzájárult az adott terület fejlődéséhez
- kiemelkedő, iskolateremtő szerepe volt
- hozzájárult a magyar morbiditási és mortalitási viszonyok javításához és a prevenció szemléletének elterjedéséhez

Az életműdíj odaítéléséről a sanofi-aventis/Chinoin vezetősége dönt. A díj összege bruttó 3 000 000 Ft. Az elbírásnál a korábbi évek jelöléseit is figyelembe vesszük.

A két példányban leadott pályázatokhoz kérjük, mellékeljék szakmai önéletrajzukat is. Szakmai díjra történő pályázat esetén kérjük, hogy a pályázó két oldal terjedelemben foglalja össze a munka célkitűzéseit és legfontosabb eredményeit a laikusok számára is érthető módon.

A pályázatok leadásának határideje: 2008. október 20.

Cím: sanofi-aventis Zrt. Kommunikáció, 1045 Budapest, Tó u. 1-5.

A díjazottak névsorát a pályázatot is hirdető lapokban tesszük közzé.



sanofi aventis

Az egészség a legfontosabb

Kezembem az életem!

Miért akadozik a szervezett méhnyakrák szűrés hazánkban?

Hanka Krisztina

dipomás ápoló, egészségügyi szakmenedzser, Margit Kórház, Pásztó

Összefoglaló

A rendkívül riasztó hazai rák-mortalitási mutatók minden egészségügyi szakembert óriási dilemma elé állítják évtizedek óta. Tudatosan szervezett kampányokkal, nemzetközi ajánlásokat elfogadva törekszünk csökkenteni a rosszindulatú daganatos elváltozások gyakoriságát. Nemzetközi program keretében lett cél a méhnyakrák okozta halálozási arányszám csökkentése is. Sajnos az anyagi feltételek biztosítása ellenére sem hozott átütő eredményt az első Liliom program, a méhnyakrák szűrésen résztvevők száma nem emelkedett az elvárt mértékben.

A szerző 2007 tavaszáig gyakorló szülész nőként dolgozott, a méhnyakrák szűrése évek óta érdeklődésének középpontjában áll. Írásában kitér az első országos kampány sikertelenségének lehetséges okaira, a hazai sajátosságokra, jellemzőkre. Felvázolja hazai szakemberek ajánlásait, javaslatait, mint a magyar nőket megszólító eredményesebb szűrési program főbb összetevőit.

A rosszindulatú daganatok – a terápiás lehetőségek javulása ellenére – világszerte a vezető halálokok közé tartoznak. A daganatos betegségek Magyarországon különösen súlyos népegészségügyi problémát jelentenek. A tartós egészségkárosodás, a kiemelkedően magas és korai halálozás kedvezőtlenül befolyásolja a hazai lakosság életkilátásait. A nagy európai, illetve nemzetközi halálozási felmérésekben sajnos a férfiaknál az első, nőknél pedig a második helyen állunk (Kásler, Ottó, 2002). Ez az adatsor számunkra rendkívül előnytelen, még akkor is, ha az elmúlt években hazánkban enyhén csökkent a daganatos betegség okozta halálozási arány.

Joggal teheti fel mindenki a kérdést, vajon miért halunk és nyomorodunk meg rákban ilyen sokan? Még nagyobb a kérdőjel olyan esetekben, amikor a daganat kialakulását meg lehet előzni, a kórosan burjánzó sejteket már le tudjuk győzni, a megtámadott életet képesek lennénk megmenteni, és mégis a rák győzedelmeskedik. Hazánkban az elmúlt években is közel ötszáz nő, anya, feleség, szerető, barátnő hagyta el örökre gyermekét, szerelmét, férjét és barátait, azért, mert nem ment el időben méhnyakrák szűrésre

(KSH, 2006). Ezek a halálozások megelőzhetőek lettek volna.

A méhnyakrák okozta hazai halálozási statisztika az EU országai között a harmadik legrosszabb (Kásler, Ottó, 2002, 2005), itthon hozzávetőlegesen háromszor annyi a méhnyakrák által kioltott életek száma még ma is, mint az európai átlag. Sajnos ez mondható el az új megbetegedések gyakoriságáról is. Évente kb. 1200 új megbetegedést regisztrálnak hazánkban (Kásler, Ottó, 2002, 2005), vagyis több mint kétszer annyit, mint az EU fejlett országaiban.

Ma már egyetlen egy nőnek sem kellene áldozatul esnie ennek a betegségnek, ugyanis a szűrővizsgálat lehetővé teszi, hogy a kórt korai stádiumban felfedezzék és gyógykezeljék. A méhnyakrák kezdeti szakaszában nem okoz semmiféle tünetet, csak a szűrővizsgálattal deríthető fény a jelenlétére. Időben felismerve viszont teljesen gyógyítható, hiszen nem is a rákos elváltozást, hanem már az azt megelőző, ún. preacarcinoma, vagy más néven praeblastoma állapot szűrése is megvalósul az egyes vizsgálatok alkalmával (Cseh, Doszpod, 1999, Papp szerk., 1999).

A rákszűrés a prevenciók tevékenység második eleme, melynek során célzottan keresnek kóros elváltozásra utaló jeleket a veszélyeztetett csoportban. A méhnyakrák szűrés magába foglalja a cytologiai, a colposcopos és a manuális nőgyógyászati vizsgálatokat. A szűrővizsgálat jelentőségének megértéséhez célszerű áttekinteni a méhnyakrák stádium-beosztását, és az ahhoz rendelt 5 éves túlélési prognózist (Dömsödi, 2005, Papp szerk., 1999).

I. táblázat: A méhnyakrák stádiumai és 5 éves túlélési prognózisa

Stádium	5 éves túlélés
0 (praecarcinoma)	100%
I/A	95-98%
I/B	85-92%
II.	60-70%
III.	43-50%
IV.	0-6%

Forrás: Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, 2008

Az I. táblázat adataiból egyértelműen kitűnik, hogy mennyire fontos még a 0. stádiumban diagnosztizálni a kóros sejtek jelenlétét. Ebben a stádiumban vannak az olyan elváltozások, melynél a portion, a méhnyak hámszövetében carcinomára jellemző atípusos sejtek vannak, de – és ez a legfontosabb jellemző – a sejtek basalmembránja ép, azt a kóros folyamat még nem törte át. A hám mélységi érintettségétől függően a cervicalis intraepithelialis neoplasia (CIN) három fokozatba sorolható (CIN I, CIN II, és CIN III). Újabbán az ún. BETHESDA rendszer használata kezd elterjedni, melyben a squamosus intraepithelialis laesio (SIL) elnevezés használatos. Ez a besorolás két csoportra osztja az elváltozásokat, az alacsony kockázatú (LSIL) és a magas kockázatú (HSIL) elváltozású csoportra (Dömsödi szerk., 2005, Papp szerk., 1999, SZNSZK, 2005). Bármely csoportosítást vagy jelölést használnak, mindegyik megegyezik abban, hogy az alaphártyát a folyamat nem törte át. Nagyon leegyszerűsítve, a 0. stádiumban **in situ** az elváltozás, míg a többi stádiumban már **invasiv**, vagyis a kóros hámsejtek a sejt-hártyát áttörve elkezdtek a környező sejtek, szövetek beszűrését, pusztítását, amely a túlélési esélyeket is jelentősen befolyásolja.

A praecarcinoma, mint kóros elváltozás, tüneteket nem okoz, szabad szemmel nem ismerhető fel, csak és kizárólag a rákszűrés során alkalmazandó cytologiai és colposcopos vizsgálattal valószínűsíthető. Ezek után történik a kóros elváltozás szövettani tipizálása (Pulay szerk., 1995).

Az általam felvázolt adatok, információk nem új keletűek, az egészségügyi szakdolgozók többsége számára elvileg ismertek. Felvetődik a kérdés, akkor mégis mi a gond a méhnyakrák szűréssel hazánkban, miért ennyire riasztóak még ma is a mortalitási mutatók? Hat évvel ezelőtt méhnyakrák szűrésen az érintett nők csupán 20%-a vett részt rendszeresen.

Hazánkban 2003-ban elkezdődött a 25-65 év közötti női lakosságot megszólító országos szűrési program. Az első szervezett méhnyakrák szűrés 2003. október 01. és 2005. szeptember. 30. között zajlott. Az Országos Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztálytól kapott adatok szerint az első két évben az érintettek kevesebb, mint a fele kapott behívót, s ezen behívottak közül is mindössze csak **4,32%** jelent meg a szűrésen. Az adatok alapján egyértelmű, hogy ez a program sikertelen volt (Prievera, 2006). A szakembereknek végig kellett gondolni a sikertelenség okait. Néhány hiba, ami miatt nem valósult meg a kitűzött cél:

- az érintettek fele kapott behívót,
- a behívási lista validitása kérdéses,
- magánrendelésen elvégzett szűrések nem kerültek be a rendszerbe, így nem lettek feldolgozva,
- kevés az akkreditált cytologiai labor,
- spontán szűrésre jelentkezőket a rendszer nem fogadta be,
- háziorvosok és a védőnők nem lettek bevonva, az újra behívásban nem érdekeltek
- nem lettek figyelembe véve a hazai rákszűrés hagyományai.

Az első szervezett program, szűrési koncepció nem vette figyelembe a hazai méhnyakrák szűrési hagyományokat és az abból adódó viszonyokat. A legfőbb gondot az okozta, hogy a szűrési feltételek túl mereven voltak értelmezve és alkalmazva. Komoly problémát jelentett, hogy a megvizsgált nők közül sokan nem kerültek be a felmérésbe,

mert a szűrés tényét csak az OEP-pel szerződött szolgáltató esetében regisztrálta a rendszer (a magánrendelőben elvégzett vizsgálatokat nem). Továbbá a szűrésre spontán jelentkezőket és azokat a nőket, akiknél 3 éven belül negatív eredményű szűrővizsgálat történt, szintén nem fogadta be a nyilvántartási rendszer. Így pontosan nem is lehet tudni, hogy a 25 és 65 év közötti nők hány százaléka vett részt valóságosan méhnyakrák szűrésen ezen időszak alatt. Sajnos csak becslések vannak, mely szerint az érintett lakosság mintegy 25–30%-a jelent meg ezen az első, országos szintű rákszűrési programon (Prievera, 2006).

A 2006. júniusában újraindított Liliom programmal azt a célt szeretnék elérni a szervezők, hogy az érintett nők mindegyike, de legalább 70%-a vegyen részt a szűréseken. Ehhez a nemes célhoz segítségül hívták az ÁNTSZ mellett a háziorvosokat, védőnőket és a médiát is. Sőt, különböző tárgynyermény sorsolással próbálják a részvételi kedvet ösztönözni, serkenteni az érintettek körében.

A méhnyakrák szűréssel kapcsolatos hazai módszertani és szervezeti ajánlások összhangban állnak az uniós brüsszeli bizottsági javaslatokkal, valamint az európai rákellenes küzdelem eddigi elveivel és gyakorlatával, továbbá az USA általános népegészségügyi jellegű prevenció programjának célkitűzéseivel is (Dömsödi szerk., 2005, Kásler, Ottó, 2005, SZNSZK, 2005). Az ajánlásnak megfelelően az egyszeri negatív eredményű vizsgálatot követően csak háromévenkénti szűrést javasol és finanszírozza az OEP.

Egy, a fejlett európai országokban és az USA-ban készült nemzetközi vizsgálat értékelése szerint az évenkénti szűrés jelentősen nem csökkenti az invazív méhnyakrák kialakulásának gyakoriságát (Dömsödi szerk., 2005). Viszont *ennek előfeltétele az érintettek 100%-os részvétele, és egy előzőleg bizonyítottan valós negatív szűrési lelet.* Ezek a feltételek nálunk még nem biztosítottak, és ezért nem célszerű teljes egészében átvenni ezt a nemzetközi ajánlást, programot. Amíg a magyar nők veszélyeztetett csoportjának csupán 20–30%-a vesz részt rendszeresen a szűréseken, és jelentős há-

nyadát sosem szűrték, valamint a cytológiai vizsgálatok 15%–30% között fals eredményt adhatnak (Prievera, 2006), addig nem engedhetjük meg magunknak azt a hibát, hogy azt sugalljuk az érintett nőknek, elegendő 3 évente felkeresni a nőgyógyászatukat.

A hazai szakemberek nagy része egyébként óvatos, a nőgyógyászok és onkológusok által továbbra is az évenkénti szűrés ajánlott, amit az érintett nők kezdeményezhetnek. Véleményük szerint a szexuális élet megkezdésétől kell a szűrést évente elvégezni. Két egymást követő valós negatív lelet esetén a szűrési időszak meghosszabbítása megengedhetővé válhat megítélésük szerint is.

Azonban a szűrési időszak meghosszabbítása ellen szól, hogy hazánkban egyre gyakoribb a HPV fertőzés, mely során például a legenyhébb praecarcinomas elváltozás egy éven belül eljuthat akár az invazív állapotig is. Az elhivatott magyar szakembereknek az a meglátása, hogy addig nem várhatunk jelentős eredményt egy szűrési programtól sem, míg néhány alapfeltétel nem teljesül hazánkban. Ezek a feltételek a következők:

- az alapszakmák képviselői kellő súllyal vegyenek részt a programban,
- legyen pontos országos rákregiszter,
- nemzetközi ajánlások, elvárások legyenek egyensúlyban a hazai hagyományokkal és lehetőségekkel,
- az érintettek kapjanak meg minden lehetőséget a szűrésre (Prievera, 2006, Radnai, 2008).

Az első két elvárás egy törvényi rendelettel és megfelelő technikai háttérrel biztosítható, viszont a két utolsó feltétel meglétéről érdemes egy kicsit elgondolkodni, már csak azért is, mert a kettő egymással szorosan összefügg. Ha megvizsgáljuk a hazai halálozási statisztikai adatokat földrajzi megoszlás szerint is, elgondolkodtató eredményt kapunk (KSH, 2007). 2003-ban a községekben 2%-kal több, a városokban (kivéve Budapest) 6%-al kevesebb ember halt meg daganat miatt, mint az országos átlag. Az apró falvak lakóit pedig az országos átlagot jelentősen, 11%-kal meghaladó mértékben sújtotta a

daganatos halálozás. Kiemelkedően rossz mutatók a legnagyobb apró falvas területű Somogy megyében vannak, ahol a daganatos betegség okozta mortalitás az országosnál lényegesen kedvezőtlenebbül alakult. Az mindannyiunk számára egyértelmű, hogy az említett régió mutatói azért fontosak, mert a kis falvakban élők hátrányos helyzete döntő részt abból adódik, hogy távol van a lakóhelyüktől az egészségügyi szakellátás.

A 2007 elején lezajlott egészségügyi reform eredményeként több kisvárosi kórház szülész-nőgyógyászati osztályán megszűnt a szakmai tevékenység. A járóbeteg szakellátás ezekben a városokban megmaradt és talán fejlesztések is várhatóak. Viszont a mozgó szakorvosi szolgálatot (MSZSZ, mely közvetlenül a lakossághoz juttatja el az egészségügyi szakellátást, így a szűrést is, egy komplett nőgyógyászati osztály képes hatékonyan megszervezni és működtetni. A súlyponti kórházak nőgyógyászati osztálya extrém módon leterhelt, míg a kizárólag szakrendelést nyújtó intézményekben még nincsenek konkrétan meghatározva és rögzítve a személyes kompetenciák, felelősségi körök és feladatok. A reform körül kialakult ellátási zavarok, feladatmegosztás rendezetlensége, a tisztázatlan ellátási kötelezettség összességében azt eredményezi, hogy a nőgyógyászati szakellátás községekbe, falvakba való kivitele és ott helyben alkalmazása bizonyos háttérbe szorult.

Halkan és óvatosan, de mégis megfogalmazható az a vélemény, hogy jelenleg ez a szolgáltatás a vidéken élő lakosság számára kellő módon nem biztosított, így az érintettek nem kapnak meg minden lehetőséget a szűrésre.

Az eddigiek alapján kijelenthető, hogy hazánkban a kampányszerű, behívásos szűrési programok nem hoznak olyan pozitív eredményt, mint az várható volna. Úgy tűnik, hogy a magyar nők többsége még mindig nem hajlandó felszólításra a közeli város rendelőintézetébe utazni rákszűrés céljából (Radnai, 2008), így a jelenleg is zajló II. Liliom programot célszerű lenne kiegészíteni közvetlenül a lakóhelyekre szervezett szűrésekkel, a behívásos programmal párhuzamosan a szűrés lehetőségét a lakhelyhez közelebb is biztosítani kellene. Vélemé-

nyem szerint a szűrésen való részvételhez csak úgy tudunk minden lehetőséget megadni a magyar nők számára, ha:

- újra beindul a szűrőbuszok rendszere, hogy a községekbe, falvakba is eljussanak a szűrést végző szakemberek (90-es évek elején lett megszüntetve),
- újra előtérbe kerül a MSZSZ működése,
- bevonásra kerülnek a védőnők és háziorvosok, mind a mozgósításban, mind az ellenőrzésben, az újra-behívásban.

Valószínűleg jelentős változást hozna a részvételi hajlandóságban, ha az egészségbiztosítási díj ténylegesen tükrözné a szűrés elmaradása miatti kockázatot. Természetesen ez nemcsak a méhnyakrák esetén igaz, hanem valamennyi szűréssel megelőzhető betegségnél, illetve a káros szenvedélyeket, egészséget romboló magatartás gyakorlása esetén is. A magyar társadalomnak most már el kell fogadnia, hogy valóban kezében az élete, és egészségének megőrzése elsősorban rajta múlik. Ha ő maga nem tesz meg mindent egészségéért, akkor előbb vagy utóbb, de vállalnia kell viselkedésének következményeit az ellátás anyagi, finanszírozási vonatkozásában is.

Milyen feladataink és lehetőségeink vannak az egészségügyi szakdolgozóknak a méhnyakrák okozta halálozás csökkentésében? Első helyre sorolom a saját egészségi állapotunkért viselt felelősséget, önmagunk védelmét, egészségi állapotunk megővését, a szűréseken való rendszeres megjelenésünket. Mivel mi szakemberek rendelkezünk a releváns információval, tudással, felelősségünk kiterjed a szűkebb és tágabb környezetünkben élő nők védelmére is. Őket is el kell látnunk a kellő információval, tanácsokkal, nekünk kell a megtévesztő propagandát korrigálni és így a szűrésen való részvételi kedvet serkenteni, támogatni.

Bízom abban, hogy a hazai szűrési hagyományokra épülő, a lakosság szokásait figyelembe vevő, ám nemzetközileg is elfogadott szűrési programmal, valamint mindannyiunk közös erőfeszítésével úgy 10 – 15 év múlva a méhnyakrák által kioltott életek száma Magyarországon sem lesz magasabb, mint a fejlettebb európai országokban. Így évente körülbelül 500 nővel több élheti majd tovább értékes életét köztünk.

Irodalomjegyzék

1. Doszpod, J., Cseh, I. (szerk.) (1999): A szülészeti és nőgyógyászat aktuális kérdései. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 335-350, 379-380.
2. Dömsödi, L. (szerk.) (2005): Népegészségügyi onkológiai szűrések. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. ÁNTSZ, Budapest, pp. 49-71.
3. Központi Statisztikai Hivatal (2006): Időszaki információk. Rosszindulatú daganatok miatti halálozás, A KSH jelenti 2005/2, 16-20.
4. Központi Statisztikai Hivatal (2007): Időszaki információk. Az életkilátások és halandóság földrajzi különbségei, A KSH jelenti 2000/6, 51-54.
5. Ottó, Sz., Kásler, M., (2002): Rák mortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. Magyar Onkológia, 46, 2, 111-115.
6. Ottó, Sz., Kásler, M. (2005): A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása. Magyar Onkológia, 49, 2, 99-107.
7. Papp, Z. (szerk.) (1999): A szülészeti — nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 700-715.
8. Prievera, F.T. (2006): Miért akadozik a méhnyakrákszűrés? Magyar Nőorvosok Lapja, 69, 2, 165-166.
9. Pulay, T. (szerk.) (1995): Nőgyógyászati onkológia. Országos Onkológiai Intézet Továbbképző jegyzet, Budapest, pp. 20-50.
10. Radnai, A. (2008): Még mindig nem járnak elegendően szűrésre. Magyar Orvos, 16, 2, 8.
11. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium (SZNSZK) (2005): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Méhnyakrák. Egészségügyi Közlöny, 12, 1-3, 6.

My life in my hands! Why does organised cervical screening lack momentum in Hungary?
Hanka, K.

The extremely alarming Hungarian cancer mortality indicators have, for decades, presented all health-care professionals with a dilemma. We attempt to reduce the incidence of malignant tumours with targeted campaigns and through the adoption of international protocols. The target for reducing the proportion of deaths from cervical cancer was also set within the framework of an international program. Unfortunately, despite the availability of the necessary material resources, the first "Lily" program failed to bring the expected breakthrough, as the number of participants in cervical screening did not rise by the desired extent.

The author worked as a practising midwife until spring 2007, and cervical screening has been the focus of her attention for many years. In her article she explores the possible reasons for the failure of the first national campaign, and the aspects and features that are unique to Hungary. She outlines the recommendations and proposals of Hungarian experts, as the key elements in a screening program that could reach Hungarian women more effectively.

A MESZK Gyógytornász-Fizioterápiás Tagozata és a Magyar Gyógytornászok Társasága a Fizioterápia Világnapja alkalmából **2008. szeptember 13-án 10 órai** kezdettel rendezi meg a **„Mozgással a jövőbe” Gyermek fizioterápiás kezelésének Országos Szakmai Napját.**
A pontszerző továbbképzés helyszíne: Magyar Sportok Háza, Bp. XIV. Istvánmezei út 1-3.
Kamarai tagok részvétele térítésmentes. Bővebb információ www.meszk.hu

Semmelweis Ignác születésének 190. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter szakmai elismeréseket adományozott

PRO SANITATE ELISMERÉSBEN RÉSZESÜLT KIEMELKEDŐ SZAKMAI TEVÉKENYSÉGE ELISMERÉSEKÉNT:

Árvai Hilda, a Miskolci Egészségügyi Központ megbízott ápolási igazgatója,

Borovits Gyuláné, a váci Jávorszky Ödön Kórház intenzív szakápolója,

Egriné Köteles Anna Mária, a békéscsabai Réthy Pál Kórház Stroke Osztály intenzív terápiás diplomás ápolója

Halmosi Viktorné, Pilisszántó Község Önkormányzata védőnője,

Hati Zsigmondné, a vésztői Református Szeretotthon főnővér-helyettese,

Kis Imréné, a Berettyóújfalui Területi Kórház osztályvezető főnővére,

Kovács Béláné, Barabás Község Önkormányzatának Védőnői Szolgálatáé védőnője,

Sipos Gáborné, a MAZSIHISZ Szeretkórháza ápolási igazgatója,

Vértesi Lászlóné, a Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetségének főtitkára.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTER DÍSZOKLEVELE ELISMERÉSBEN RÉSZESÜLT TÖBB ÉVTIZEDES KIVÁLÓ SZAKMAI MUNKÁJA ELISMERÉSEKÉNT:

Somodi Györgyné, a Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa Szüléset-Nőgyógyászat Osztálya nyugalmazott osztályvezető szülész-nője,

Bohus Lenke, Szalánta Község Önkormányzatának körzeti védőnője,

Fekete Margit, a Tiszaszőlős Község Önkormányzat Védőnői Szolgálatáé védőnője,

Mester Antalné, a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények Igazgatósága ifjúsági védőnője,

Tóbiás Zoltánné, Paks Város Önkormányzatának Háziorvosi Szolgálatáé Központi Ügylet nővére,

Gaál Tiborné, a Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa Járóbeteg Szakellátás nyugalmazott asszisztense,

Hanusi Kálmánné, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Központi Laboratórium asszisztense,

Szabó Mihályné, a Dr. Diósszilágyi Sámuel Területi Kórház-Rendelőintézet, Makó szemészeti szakasszisztense,

Dr. Tauber Györgyné, a szombathelyi Mikó és Társa Háziorvosi Bt. körzeti ápolója,

Horváth Ernóné, az ajkai Magyar Imre Kórház Anesthesiológiai-intenzív Terápiás Osztály osztályvezető ápolója,

Schmidt Józsefné, a váci Jávorszky Ödön Városi Kórház ápolója,

Nagy Ferenc, a békéscsabai Réthy Pál Kórház betegszállítója.

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERI DICSÉRETBEN RÉSZESÜLT EREDMÉNYES, PÉLDAMUTATÓ TEVÉKENYSÉGE ELISMERÉSEKÉNT:

Bodnár Miklósné, a sátoraljaújhelyi Városi Önkormányzat Erzsébet Kórháza Sebészeti Mátrix ápolási igazgató helyettese,

Gál Zoltánné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jós András Oktató Kórház, Nyíregyháza Járóbeteg-szakellátás Sebészeti Szakrendelés asszisztense,

Nagné Tóth Márta, a Gyöngyösi Kórház Kft. Bugát Pál Kórház gyógytornásza,

Novákné Hrubovcsák Mária, a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórház Élelmezési Osztály osztályvezetője,

Rácz Imréné, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar II. számú Gyermekgyógyászati Klinika Fül-orr-gégészeti Ambulancia asszisztense,

Szanyi Imréné, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Központi Rendelő, Ergometriai Labor szakasszisztense.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTER ELISMERŐ OKLEVELE ELISMERÉSBEN RÉSZESÜLTEK EGYÜTTESEN VÉGREHAJTOTT KIEMELKEDŐ TEVÉKENYSÉGÜKÉRT:

A Semmelweis Egyetem Gyógyszerhatástani Intézetének kollektívája,

a Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza Szülészeti - Nőgyógyászati Osztály Munkatársai,

a Jávorszky Ödön Városi Kórház, Vác Sürgős Betegellátó Osztály munkatársai,

a Zala Megyei Kórház Diabetológiai Munkacsoport.

Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekciója

Avramucz Csaba

nemzetközi kapcsolatokért felelős alelnök, Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

A Magyar Onkológusok Társasága (MOT), melyet 1957-ben alapítottak meg, az elmúlt évtizedekben jelentős multidiszciplináris tudományos társasággá nőtte ki magát, és a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESZ) egyik prominens tagja lett. A MOT fennállásának 50. évfordulója alkalmából 2007. november 8-10. között rendezett XXVII. Jubileumi Kongresszuson újjászerveződött a Szakdolgozói Szekció. Fontos megemlíteni azt, hogy a MOT korábban is biztosított belépési lehetőséget a szakdolgozók számára, azonban a szekció megalakulása az együttműködés új útjait is megnyitotta az onkológiai szakellátás egyes szakterületeinek képviselői számára.

Az utóbbi években a rákkutatás új eredményei alapvetően megváltoztatták a betegség oki és egyéb tényezőiről kialakult nézeteket. (Oláh, 2007) Az onkológiai szakápolás világszerte az ápolástudomány az egyik legdinamikusabban fejlődő területévé vált. Ahhoz, hogy a rosszindulatú daganatos megbetegedések drámaian magas halálózási arányát csökkenteni lehessen, hatékony megelőzésre, megfelelő tárgyi körülményekre, jól szervezett munkafolyamatokra, és jól képzett, motivált, céltudatos, holisztikus szemléletű szakemberek multidiszciplináris együttműködésére van szükség.

Az onkológiai betegellátás jelentős részét speciálisan felkészített, nem orvosi végzettségű szakemberek, szakdolgozók végzik. Ezért is nagy jelentőségű a Szakdolgozói Szekció létrejötte, ugyanis a különböző szakemberek lehetőséget kapnak az onkológia és határterületeire vonatkozó ismeretek elsajátítására, a tanulásra, a közös, egymást segítő team-munkára, mégpedig oly módon, amely már számos országban áttörő eredményt hozott.

A Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekciójának Küldetési Nyilatkozata

➤ Fórumot teremteni a tudás átadására, ismeretek kicserélésére, a közös munkára

mindazon szakdolgozók számára, akik a daganatos megbetegedések prevenciója, kezelése és rehabilitációja területén tevékenykednek.

➤ Értéket adni a szakdolgozók, különösen az onkológiai ápolók munkájának az oktatás, a kutatás és a gyakorlat felhasználásával, hivatásuk magas szakmai színvonalon történő művelése és méltó képviselése érdekében.

➤ Széleskörű összefogást létrehozni a társadalom különböző rétegeivel, elindítani a közös gondolkodást a daganatos megbetegedések csökkentése érdekében.

Célok, célkitűzések

➤ Teljes mértékben támogatást nyújtani az onkológiai szakdolgozók elméleti ismereteinek hatékony gyarapításához (például az onkológiai ápolástudomány, mozgásterápia, táplálkozásterápia, prevenció területén) tudományos rendezvények, konferenciák, továbbképzések szervezésével.

➤ Közreműködni az onkológiai szakápolók oktatásának fejlesztésében.

➤ Új, speciális onkológiai ismereteket közreadni, ezek programját kidolgozni, megvalósulásukat támogatni.

➤ Fejlesztani a betegellátás színvonalát.

➤ Segítséget nyújtani az érintett családok tagjai számára.

➤ Elősegíteni az onkológiai szakdolgozók nemzetközi gyakorlatnak megfelelő kutatómunkáját.

➤ Tudatosítani a rákmegelőzés és a korai felismerés fontosságát a szakdolgozók körében.

➤ A holisztikus szemléletet fejleszteni a mindennapi munkában, amely az ember testét, lelkét, érzelmeit és értelmét egymással rendkívül szorosan összefüggő egészként kezeli.

➤ Növelni a szakdolgozóknak a betegség megelőzéséhez és a gyógyuláshoz szükséges aktív szerepvállalás fontosságát, egyidejűleg erősítve a betegekben is ezt a szemléletet.

➤ A tudatos, helyes egészségmagatartást megismertetni, fejleszteni, kiterjeszteni a lakosság minden rétegére.

- Ráirányítani a figyelmet a szakemberek egyéni, aktív felelősségvállalására, s ezzel összefüggésben az onkológiai egészségfejlesztés, a pszichoedukatív tevékenység során alkalmazható egyik leghatékonyabb módszerre, a tudatosan alkalmazott személyes példamutatásra.
- Az onkológiai gondozásban dolgozók számára kommunikációs és szabadidős hálózatot létrehozni.
- Elősegíteni a munkahelyi egészségfejlesztést.
- Kapcsolatokat építeni, együttműködni a hazai és nemzetközi, szakmai és civil szervezetekkel, társaságokkal, egyesületekkel és oktatási intézményekkel.
- Pályázatokat hirdetni, szakmai díjakat alapítani és adományozni az onkológia területén végzett kiemelkedő és példamutató tevékenységek elismerésére (ide értve az oktatás, a kutatás és a betegellátás valamennyi területét).
- Elősegíteni a MOT Szakdolgozói Szekció tagjai részvételét szakmai rendezvényeken, belföldön és külföldön egyaránt.
- Publikációkat megjelentetni hazai, valamint külföldi szakmai és közéleti folyóiratokban, melyek célja az adott szakterület eredményeinek bemutatása, és/vagy a lakosság teljes körű, szakszerű tájékoztatása.
- Az onkológiai szakemberek elismerésének előmozdítása érdekében megismertetni a társadalommal az onkológiai team tagjainak tevékenységét.
- Az onkológiai szakdolgozók szakmai és etikai érdekeit képviselni hazai és nemzetközi vonatkozásban.
- Képviselő a nemzetközi szervezetekben:
 - European Oncology Nursing Society (EONS)
 - Európai Onkológiai Ápolók Társasága,
 - Oncology Nursing Society (ONS) USA – Onkológiai Ápolók Társasága USA,
 - International Society of Nurses Cancer Care (ISNCC) - Nemzetközi Onkológiai Ápolók Társasága.
- A MOT Szakdolgozói Szekció taglétszámát növelni, szem előtt tartva a különböző onkológiai szakterületek közötti egységre, a szakmai, emberi harmóniára való törekvést.

Szervezeti felépítés

A Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció vezetősége 7 főből áll (elnök, nemzetközi kapcsolatokért felelős alelnök, kincstárnok, további 4 fő elnökségi tag).

Az elnökség tagjait a szekció alakuló ülésén a tagság szavazás útján választotta meg.

I. Vándorgyűlés és Szakkiállítás 2008

A Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció első önálló országos rendezvénye 2008. június 12-14 között Egerben került megrendezésre. Öröm és megtiszteltetés volt a szervezet számára, hogy a fővédnöki teendőt Prof. dr. Oláh Edit akadémikus, a MOT leköszönő elnöke, a szekció tiszteletbeli elnöke, a védnöki feladatokat Prof. dr. Szentirmay Zoltán a MOT elnöke, Dr. Landherr László a MOT főtitkára, Dr. Pólus Károly PhD c. egyetemi docens, a MOT Szakdolgozói Szekció tiszteletbeli ápolója látta el. A Vándorgyűlésen 37 intézményből 209 résztvevő regisztrált. A tudományos program 5 szekcióban és 5 szimpóziumon zajlott.

MOT Szakdolgozói Szekció tagság előnyei

- A Magyar Onkológusok Társasága (MOT) az EACR, (European Association for Cancer Research) társasági tagja, tehát valamennyi MOT tag egyben EACR tag is.
- A Magyar Onkológusok Társaságának Szakdolgozói Szekciója az EONS (European Oncology Nursing Society) társasági tagja, tehát valamennyi MOT Szakdolgozói Szekció tag egyben EONS tag is. (Tagjaik számára az EACR és az EONS kongresszusai kedvezményel látogathatóak.)
- A tagok térítésmentesen megkapják a „Magyar Onkológia” c. folyóiratot (évente 4 szám).
- A tagok jogosultak a www.oncology.hu szakmai web-rendszer használatára (egye-di felhasználó név / jelszó kombinációjával), ezen keresztül kizárólag a MOT tagjai számára készített speciális szakmai anyagokat, protokollokat, jegyzőkönyveket érhetnek el és tölthetnek le, továbbá zártkörű fórumhoz csatlakozhatnak.
- A tagok számára személyes email-címet biztosít a Szakdolgozói Szekció, (keresztnev. vezetéknev@oncology.hu.), amelyre a Társaság hírlevelei érkeznek (ezek átirányíthatóak saját használatban lévő e-mail címre is).
- A MOT kétévenkénti megrendezésre kerülő kongresszusa nagy kedvezményel látogatható a tagok számára. (A XXVII. Jubileu-

mi Kongresszuson megrendezett Szakdolgozói Szekció tudományos ülés költséget a MOT teljes egészében átvállalta, ezzel is támogatva a széleskörű részvételt.)

➤ A MOT Szakdolgozói Kongresszusán történő részvételhez a tagok a jövőben is jelentős anyagi támogatást kapnak.

➤ A MOT Szakdolgozói Szekciójába tagként történő belépésre a www.oncology.hu internetes oldalon van mód. A honlap ismerete nagyon fontos, mivel a tagsági regisztrációra csak itt van lehetőség.

Együttműködés egyéb társaságokkal, intézményekkel

A szekció az egységre és a szakmai, emberi harmóniára való törekvés jegyében készséggel és örömmel létesít együttműködést szakdolgozókkal, szakemberekkel, továbbá azon szakmai és civil szervezetekkel, akik / amelyek a MOT, azon belül a Szakdolgozói Szekció céljaival azonosulni tudnak, és támogatják az általuk képviselt ügyet.

Nemzetközi kapcsolatok

A jubileumi kongresszuson került előkészítésre a MOT Szakdolgozói Szekció csatlakozása a brüsszeli központú, 24 éves múltú

visszatekintő EONS-ba (European Oncology Nursing Society), az Európai Onkológiai Ápolók Társaságába. Az alakuló ülésen résztvevő tagok egyöntetűen megszavazták a csatlakozási szándékot. Az EONS részéről a Szekció tudományos programját Dr. Jan Foubert Ph.D, a Társaság volt elnöke, jelenlegi igazgatója is fokozott figyelemmel kísérte. Foubert úr második alkalommal vett részt Magyarországon a szakdolgozók részére szervezett onkológiai tudományos rendezvényen. Értékes gyakorlati tanácsaival hozzájárult ahhoz, hogy felkészülten csatlakozhattunk Európa vezető onkológiai ápolástudományi szervezetéhez 2007. december 1. hatállyal. Ezzel a csatlakozással számtalan európai szakmai lehetőség nyílt meg a magyar szakdolgozók előtt, amelyekkel élni kell!

Az EONS által biztosított kitűnő szakmai lehetőségekről, programokról, ösztöndíjakról, akkreditált továbbképzésekről, kongresszusokról a NŐVÉR egyik következő számában adunk tájékoztatást. Addig is az olvasók szíves figyelmébe ajánljuk az EONS internetes oldalát: www.cancerworld.org/eons

Tisztelt Olvasó!

Amennyiben úgy gondolja, hogy szívesen csatlakozna a Magyar Onkológusok Társaságának Szakdolgozói Szekciója multidiszciplináris tudományos társaságához, örömmel látjuk tagjaink sorában.

Nursing Section of the Hungarian Oncologists' Society

Avramucz, Cs.

In November 2007 at the 27th Anniversary Congress of the Hungarian Oncologists' Society, held to mark its year of operation, the Nursing Section was reorganised as a full-status member, and held its founding meeting. The event was attended by Dr. Jan Foubert PhD, former chairman and current director of the European Oncology Nursing Society (EONS), who offered personal advice to assist in the work of the Nursing Section. As a result of this, with effect from 1 December 2007, the Section has joined the 29-member, Brussels-based EONS.

The first independent event to be hosted by the Nursing Section of the Hungarian Oncologists' Society was held on 12-14 June 2008 in Eger. The academic conference consisted of five sections and five symposia, and was attended by 209 participants from 37 institutions.

Irodalomjegyzék

1. Avramucz, Cs. (2008): A Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció megalakulásának szükségessége, célja, törekvései. Magyar Onkológia, 2008. 52 (1) 105-108.
2. <http://www.cancerworld.org/eons> (megtekintve: 2008. 07. 15.)
3. Oláh, E. (2007): Elnöki köszöntő, Magyar Onkológusok Társasága (MOT) XXVII. Jubileumi Kongresszus. Magyar Onkológia, 2007. 51 (4) 175-179.
4. <http://www.oncology.hu> (megtekintve: 2008. 07. 14.)

Betegellátással kapcsolatos panaszok lehetséges útjai és következményei

Kujalek Éva

minőségügyi megbízott, Budapest Főváros XXIII. kerület
Soroksár Önkormányzatának Egészségügyi és Szociális Intézménye

Összefoglaló

A szerző a szerteágazó jogi szabályozás tükrében ad áttekintést a betegpanaszok kivizsgálásában és kezelésében illetékes szervekről, szervezetekről, kiemelve a közelmúltban bekövetkezett változásokat. E területen új hatóságként jelent meg az Egészségbiztosítási Felügyelet. Megváltozott az egészségügyi ellátás állami felügyeletét ellátó ÁNTSZ szervezete, új elnevezése és szervezete lett a fogyasztóvédelemnek. A kötelező szakmai kamarai tagság megszűnésének következtében az etikai panaszok kivizsgálásának rendje is megváltozott: első fokon a nem kamarai tagok esetében a Megyei Etikai Tanács, kamarai tagok esetében az illetékes kamara területi (megyei) etikai bizottsága, másodfokon pedig mindkét esetben az Országos Etikai Tanács jár el (a kamarai alapszabály megsértése miatt indult eljárások kivételével). A szerző csoportosítja a betegellátás során felmerülő panaszokat, vázolja azok esetleges következményeit, bemutatja a ma még kevésbé ismert, és ezért alig választott közvetítői eljárást, mint a beteg és az ellátók között felmerült nézeteltérés feloldásának egyik lehetőségét.

1. Bevezetés

1.1. Panasz

Panasz: olyan kérelem, amely egyéni jog- vagy érdeksérelem megszüntetésére irányul. (2004. XXIX. tv.)

A panaszjog írásos megjelenése Magyarországon az 1222-es évhez és az Aranybullához köthető, amely előírta, hogy a királynak vagy távollétében a nádornak évente egyszer Székesfehérváron meg kell hallgatnia az ott megjelent panaszosokat. A több évszázados alakulás, fejlődés nyomán ma a hatályos Alkotmány (1949. évi XX. tv.) adja meg mindenkinek azt a jogot, hogy egyedül vagy másokkal panaszt terjesszen az illetékes állami szerv elé.

A panasz, mint a szolgáltatást igénybe vevő, a vásárló, az ügyfél lehetősége negatív észrevételeinek, elégedetlenségének kinyilvánítására, megtételére, és arra a szolgáltató, kereskedő kötelező reakciójának megjelenése a jogban a XX. század második felére tehető.

1.2. Betegpanasz

Az egészségügyi ellátással kapcsolatban a betegek részéről történő esetleges elégedetlenség még fel sem merült az 1972-ben kiadott egészségügyi törvényben (1972. II. tv.). A betegek panaszlehetőségének megadására a betegjogok törvényi deklarálásával egyidejűleg, az 1997. évi egészségügyi törvényben (1997. CLIV. tv.) került sor. Ez az új szabályozás megfelelt az európai normáknak, elvárásoknak.

1.3. Felelősség

Az elvégzett orvosi tevékenységért való felelősség azonban a betegpanasz konkrét törvényi kihirdetése előtt jóval korábban, i.e. 1750-ben Hammurabi törvénykönyvében már fellelhető. Igen szigorú büntetéseket fogalmazott meg az orvosi tevékenységet rosszul, illetve a nem megfelelő eredményű beavatkozást végzők számára. (Blasszauer, 1995, Belicza, Zékány, 1998) Például: „Ha az orvos nagyobb operációt végez egy nemesemberen bronzból készült szikével, és a nemesember halálát okozza, vagy ha a

szemüreg műtétje során a látás vagy szem elvesztése a következmény; vágassék le az orvos karja”. (Gulácsi szerk., 2000) A római jogban — az orvosi tevékenységtől elvonatkoztatva — a károkozás meghatározását és ehhez kapcsolódóan a kártérítést egy i.e. III. századi törvény alapozta meg. A római jog azonban még nem ismerte azt az általános kártérítési szabályt, hogy ha valaki másnak kárt okoz, annak a kárt meg kell térítenie. Ennek megfogalmazására és törvényi kihirdetésére a polgári kódexekben került sor a XIX. században. (Földi, Hamza, 2005) A műhiba fogalma és az ennek alapján indítható kártérítési per az Amerikai Egyesült Államokban alakult ki az 1800-as évek közepe táján. (Blasszauer, 1995)

A büntetőjogi felelősség alapjai is a római jogban jelentek meg, és kiteljesedése a XIX. századi büntetőjogi kódexekben valósult meg. A hivatással, foglalkozással kapcsolatos törvényi tényállások a XIX. végén és a XX. században kerültek megfogalmazásra.

A peres eljárás elkerülésére, ugyanakkor az érdekérvényesítésre szolgáló lehetőség: a közvetítés (mediáció). Maga a közvetítői eljárás a XIX. század második felében került jogi szabályozásra, elsőként az Amerikai Egyesült Államokban, ahonnan fokozatosan elterjedt. A nem foglalkoztatással összefüggő mediáció az 1920-as években jelent meg. (ncmediation, 2007) Magyarországon a betegellátás során felmerülő panaszok kezelésével kapcsolatban először az 1997. évi egészségügyi törvény említette meg, részletes szabályozására 2000-ben került sor. (2000. évi CXVI tv.)

1.4. Etikai normák

Etikai elvárások szinte azóta vannak, mióta gyógyítás létezik, különösen az orvosokkal és gyógyszerészekkel szemben. Az ápolókra vonatkozó etikai normák megfogalmazása az ápolás szakmaiságának kialakulásával vette kezdetét a XIX. században, Florence Nightingale munkássága nyomán. Az etikai szabályok között van olyan, ami „örökérvényű”, az ókori orvoslás óta ma is érvényes, pl.: a Hippokratész tanításai között fellelhető „Ne árts!” Az etikai elvárások is változnak, leginkább bővülnek a társa-

dalmi fejlődéssel párhuzamosan. Az utóbbi évtizedekben fogalmazódott meg a korábbi paternalista orvos-beteg kapcsolat helyett —mint etikai elvárás— a beteg döntési és cselekvési autonómiájának biztosítása az ellátás során.

Az etikai szabályok kódex jellegű összefoglalása volt jellemző a XIX. század végétől az 1960-as évekig. Ezeket legtöbbször szakmai társaságok, kamarák, testületek állították össze. Az etikai kódexek a XX. század második felétől már kevésbé tűntek elfogadhatónak, egyrészt mert a modern egészségügyi ellátás egyre inkább csapatmunkává vált, többféle végzettségű személy végzi, akikre nem vonatkozhatnak eltérő etikai szabályok. Másrészt mert „a nyugati polgárjogi, fogyasztói, érdekvédelmi és egyéb mozgalmak elterjedésével egyre nagyobb lett a betegekben az igény, hogy egészségügyi ellátásuk körülményeibe, az azt irányító erkölcsi elvek kialakításába ők maguk is beleszólhassanak”. (Kovács, 1997) E két okból az etikai dilemmák megközelítése során egyre inkább tért nyert a bioetikai megközelítés, ami nem a jó választ mondja meg a felmerült kérdésre, hanem eljárási szabályokkal segíti a probléma megoldását úgy, hogy az erkölcsileg elfogadható legyen. (Kovács, 1997)

1.5. Betegelégedettség

A társadalmi elvárások folyamatos növekedése figyelhető meg az egészségügyi ellátással, annak minőségével kapcsolatban. Az elvárások több oldalról is megfogalmazódhatnak: a betegek, a hozzátartozók, az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény fenntartója/tulajdonosa, a szakmapolitikát irányító minisztérium, az egészségbiztosító, a szakmai felügyelet és az ellátást nyújtó szakemberek részéről egyaránt, azaz érkezik szinte bárkitől, aki az egészségügyi ellátó rendszerrel valamilyen kapcsolatban van. Nem csak a már elfogadott, kihirdetett követelményektől való eltérés, hanem akár az új elvárás is megnyilvánulhat negatív formában, azaz panaszként, elsősorban a betegek, hozzátartozók részéről.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1981-ben kiemelt célként fogalmazta meg

- egyebek mellett - az egészségügyi ellátás minőségének javítását és a szolgáltatást igénybe vevők elégedettségét. Ezt erősítve az Európa Tanács 1997-ben ajánlást tett közzé, amely szerint kiemelt fontosságú feladatként kezelendő az egészségügyi ellátás minőségének javítása és ehhez nemzeti minőségjavítási rendszerek kidolgozása, alkalmazása. (Belicza, Zékány, 1998, Gulácsi szerk., 2000) A minőségügyi rendszerek fontos eleme a szolgáltatást igénybe vevők elégedettsége, a panaszok kezelése, a lehetséges problémák felderítése és megoldásuk. A minőségügyi rendszerek működtetése előírás az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények számára. (1997. évi CLIV. tv.)

2. A betegpanaszok fajtái, panasztételi lehetőségek, és a panaszok lehetséges következményei

A betegek részéről érkező panaszok igen sokfélék lehetnek, szinte mondhatnánk, hogy ahány beteg, annyi sérelem képzelhető el. A betegpanaszok többféleképpen csoportosíthatók, pl.: a tartalmuk szerint vagy aszerint, hogy az egészségügy mely részét érintik.

A rendszerezés másik megközelítése lehet, hogy közfeladatot ellátó vagy azt nem vállaló intézményben érte a beteget a panaszra okot adó esemény. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtók között éppúgy megtalálhatók az egyéni vállalkozók vagy társas vállalkozások, mint más területeken. (2003. évi LXXXIV. tv.) A gazdasági társaságok között a korlátolt felelősségű társaság, betéti társaság, közhasznú társaság a leggyakoribb forma, de előfordul közkereseti társaság és részvénytársaság is.

Az általam választott felosztás szerint a panaszok lehetnek:

- lakossági gyógyszerellátással, gyógyszerellátókkal,
- egészségügyi ellátással, ellátókkal

kapcsolatosak. Jelen cikkben kizárólag az utóbbi csoportba tartozó panaszok megtételének lehetséges útjaival és lehetséges következményeivel foglalkozom.

2.1 Az egészségügyi ellátással kapcsolatos panasz

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos panasz az ellátás bármely szintjén előfordulhat, azaz az alapellátásban, a járóbeteg-szakellátásban és fekvőbeteg intézményben egyaránt. Az egészségügyi szolgáltatónál felmerült panasz esetén annak nincs jelentősége, hogy gazdasági tevékenysége alapján a szolgáltató költségvetési vagy gazdálkodó szervezet. De az már okoz különbséget a panasztételi lehetőségekben, hogy közfeladatot ellátókról vagy magánszférában működőkről van szó.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok tartalmuk szerint lehetnek:

- szakmai tevékenység végzésére vagy annak elmaradására,
- a szakemberek viselkedésére, magatartására,
- betegjogok megsértésére,
- a tárgyi, környezeti feltételekre, hotel-szolgáltatásra,
- egyébre vonatkozóak.

Az egészségügyi szolgáltatóval szembeni panaszt szinte annak tartalmától függetlenül lehet csoportosítani a panasz megtételének helye szerint. A továbbiakban ezt a csoportosítást veszem alapul. A betegpanasz megtehető:

- a szolgáltatónál, annak tulajdonosánál, működtetőjénél,
- felügyeleti szervnél,
- bíróságon,
- etikai panasz elbírálására feljogosított szervezetnél.

Létezik két olyan hely, ahol mindenféle panasz megtehető, és annak kivizsgálása, intézése meg kell, hogy történjen: a területileg illetékes önkormányzat, illetve az ágazatot irányító egészségügyi miniszter. Az önkormányzatnak lehetősége van minden olyan ügyben eljárni, panaszt kivizsgálni vagy annak vizsgálatát az illetékestől kérni, ami a területén élő lakosságot kollektívan érinti, vagy érintheti. A panaszok intézése különösen abban az esetben feladata a helyi önkormányzati szerveknek, ha az nem tartozik más, pl.: bíróság, államigazgatási szerv hatáskörébe. (2004. évi. XXIX. tv.)

De mi is lehet az elvárás az egészségügyi dolgozókkal szemben?

Az egészségügyi törvény szerint az, hogy minden beteget a tőlük elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátniuk. (1997. évi CLIV. tv.)

2.1.1. Panasztétel a szolgáltatónál, illetve fenntartónál

A jelenleg hatályos egészségügyi törvény szerint a betegnek joga van panaszt tenni az egészségügyi szolgáltatónál, illetve annak fenntartójánál, aki köteles azt kivizsgálni, és az eredményről a lehető legrövidebb időn, de maximum 30 napon belül a panaszost írásban tájékoztatni. Ez a panasztételi jog nem érinti a betegnek azt a jogát, hogy más szervekhez forduljon panaszával. (1997. évi CLIV. tv.) Az egészségügyért felelős miniszter rendelete pontosítja a szolgáltatónál megtett panasz kivizsgálásával kapcsolatos feladatmegosztást. E szerint a panasz kivizsgálása és a válasz megküldése az intézet vezetőjének feladata, de a kivizsgálásban az érintett terület szakmai vezetőjének (orvos-igazgató, ápolási igazgató) is kötelessége részt venni. (43/2003 ESZCSM rend.) Sem a törvény, sem a rendelet nem ír elő szankciót arra az esetre, ha a panasz jogosnak bizonyul, ennek intézését az egészségügyi szolgáltatóra, illetve a fenntartóra bízta. A minőségügyi alapelvek megkövetelik ilyen esetben a hiba okának feltárását, és jövőbeli előfordulásának kiküszöbölését. Amennyiben a panasz kivizsgálása során közalkalmazotti jogviszonyban álló személlyel szemben felmerül a fegyelmi vétség elkövetése, fegyelmi eljárást indíthat a munkáltatói jogkör gyakorlója. Fegyelmi vétségről akkor beszélhetünk, ha a közalkalmazott a közalkalmazotti jogviszonyából eredő lényeges kötelezettségét vétkesen megszegi. Közalkalmazottakkal szemben kiszabható fegyelmi büntetések:

- a) megrovás;
- b) az előmeneteli rendszerben történő várakozási idő legfeljebb egy évvel történő meghosszabbítása;
- c) a jogszabály alapján adományozott címtől való megfosztás;

d) magasabb vezető, illetve vezető beosztás fegyelmi hatályú visszavonása, valamint

e) elbocsátás.

Mellőzhető a fegyelmi eljárás lefolytatása, ha a kötelezettségzegés csekély súlyú, és a tényállás tisztázott. Ebben az esetben megrovással lehet büntetni a közalkalmazottat. (1992. évi XXXII. tv.)

Nem közalkalmazotti jogviszony esetében szerződészegés fennállásakor a munkavégzésre irányuló szerződés felmondására kerülhet sor súlyosabb vétség esetén. (1992. évi XXII. tv.)

2.1.2. Panasztétel a hatóságnál

2.1.2.1. Panasz az ÁNTSZ-nél

Az ÁNTSZ feladata az egészségügyi ellátás állami felügyelete. Az egészségügyi államigazgatási szerv egyrészt felügyeli az egészségügyi intézmények működésére vonatkozó szabályok érvényesülését, másrészt szakmai felügyeletet gyakorol az egészségügyi szolgáltatók felett. Panasz esetén eljárhat mind a közfeladatot ellátókkal, mind pedig a magánszféra képviselőivel szemben. Megkövetelheti az egészségügyi dolgozóktól az egyes egészségügyi tevékenységekben való jártasságuk igazolását. Az ÁNTSZ határozatával elrendelheti:

- a hiányosságok megszüntetését,
- a szükséges intézkedések végrehajtását,
- egészségre ártalmas vagy veszélyes tevékenység korlátozását vagy felfüggesztését,
- egészségre ártalmas tárgyak vagy anyagok használatának és forgalmazásának megszüntetését, szükség esetén megsemmisítését.

Ha az észlelt hiányosság, illetve körülmény súlyos, vagy tömeges egészségkárosodást okozhat, akkor ennek elhárítása érdekében köteles megtenni mindazokat az intézkedéseket, amelyek az adott esetben a veszély elhárítása érdekében szükségesek.

Az ÁNTSZ a hatáskörébe tartozó szabálysértés esetén eljárhat, figyelmeztetheti a felelős személyt, bírságot szabhat ki, fegyelmi eljárást kezdeményezhet, feljelentést tehet az eljárásra illetékes szervnél. (1991. évi XI. tv.)

Az ÁNTSZ szervezete az elmúlt évben változáson ment keresztül, a megyei és városi szint helyett regionális és kistérségi intézetek alakultak. (362/2006. Korm. rend.)

2.1.2.2. *Panasz az Egészségbiztosítási Felügyeletnél*

2007. február elseje óta működő új hatóság az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF), amit - ahogy azt az elnevezése is mutatja - kifejezetten az egészségbiztosítás felügyeletére hoztak létre. Az 1997. évi egészségbiztosítási törvényben már szerepel az a kitétel, hogy az egészségbiztosító tájékoztatja a biztosítottakat jogaikról és segíti azok érvényesítését. (1997. évi LXXX. tv.) Ennek alapján közvetlenül az egészségbiztosítónál is lehetett / lehet panaszt tenni. A Felügyelet feladatainak felsorolásában is szerepel az egészségbiztosítási szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelme, továbbá az, hogy az EBF szakmai és minőségügyi szempontból is ellenőrzi az egészségbiztosítási szolgáltatást nyújtók működését, hogy az a törvényeknek és az igénybe vevők érdekeinek megfelelő-e, valamint hogy a szolgáltatások hiánytalanul kerülnek-e teljesítésre. Ezen kívül nyilvános minőségértékelési rendszert vezet be, és évente minősíti az egészségügyi szolgáltatókat. A jogi szabályozásban konkrétan szerepel a panaszvizsgálás, mint feladat. Ha az EBF a vizsgálata során azt találja, hogy a szolgáltató nem vagy nem megfelelően teljesíti az egészségbiztosítási szerződésből fakadó kötelezettségét, intézkedést tesz:

- a) felszólítja az egészségügyi szolgáltatót a kötelezettsége teljesítésére,
- b) a biztosított kérelmére a területi ellátási kötelezettség alapján ellátásra köteles szolgáltató helyett más, a progresszivitás azonos szintjén lévő, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltatót jelölhet ki a biztosított ellátására abban az esetben, ha a biztosított az ellátást a szolgáltató hibájából nem vagy nem az arra irányadó szabályok szerint kapta meg,
- c) pénzbírságot szab ki,
- d) felszólítja az egészségbiztosítót a finanszírozási szerződés felfüggesztésére, súlyos jogszabálysértés esetén felmondására.

Az Egészségbiztosítás Felügyelet döntései ellen bírósági felülvizsgálat kérhető. (2006. évi CXVI. tv.)

Az EBF kizárólag az egészségbiztosítóval szerződött szolgáltatóval szemben járhat el, a teljesen magánalapon működő, közszolgáltatást nem végzőket (magánkórház, magánklinikák, magánrendelés) nem vizsgálhatja és nem szankcionálhatja.

Az Egészségbiztosítási Felügyelethez 2007-ben 1652 panasz érkezett. (EBF, 2008)

2.1.2.3. *Panasztétel a Gazdasági Versenyhivatalnál és a Fogyasztóvédelmi Hatóságnál*

Amennyiben közfeladatot nem ellátó magánpraxisról, magánklinikáról vagy magánkórházról van szó, esetükben -mint minden más szolgáltatásnál- a felmerült panaszt a Gazdasági Versenyhivatalnál (GVH) vagy a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóságnál is meg lehet tenni.

A tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról 1996-ban született törvény. Ez a szabályozás tiltja (több más mellett):

- a gazdasági tevékenység tisztességtelenül - különösen a versenytársak és a fogyasztók törvényes érdekeit sértő vagy veszélyeztető módon vagy az üzleti tisztesség követelményeibe ütköző módon való folytatását,
- a szolgáltatás olyan jellegzetes külsővel, megjelöléssel, elnevezéssel történő forgalomba hozatalát, amelyről a versenytársat lehet felismerni - a versenytárs beleegyezése nélkül,
- a fogyasztók megtévesztését,
- a fogyasztók választási szabadságának indokolatlan korlátozását, valamint
- a gazdasági erőfölénnyel való visszaélést.

Ezekben az esetekben bejelentést, illetve panaszt lehet tenni a Gazdasági Versenyhivatalnál, amely köteles a panaszt kivizsgálni, és annak eredményéről értesíteni a panaszost. A GVH illetékessége az ország egész területére kiterjed.

A GVH által lefolytatott vizsgálat eredménye lehet:

- a magatartás törvénybe ütközésének megállapítása,
- a törvénybe ütköző állapot megszüntetésének elrendelése,
- a törvény rendelkezéseibe ütköző magatartás további folytatásának megtiltása,
- törvénybe ütközés megállapítása esetén kötelezettség előírása, szerződéskötésre kötelezés,
- a megtévesztésre alkalmas tájékoztatással kapcsolatban helyreigazító nyilatkozat közzétételének elrendelése,
- a törvénytértés hiányának megállapítása,
- bírság kiszabása (maximuma az előző üzleti évben elért nettó árbevételének 10%-a).

A GVH határozata ellen a Fővárosi Bírósághoz lehet fellebbezni. (1996. évi LVII. tv.)

A Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság a szolgáltatással kapcsolatos panasz esetén eljárhat az ügyben. A döntése lehet:

- a jogsértő állapot megszüntetésének elrendelése,
- a jogsértő magatartás további folytatásának megtiltása,
- bírság kiszabása.

A határozatait nyilvánosságra hozza, melyek bírósági felülvizsgálatát lehet kérni. (1997. évi CLV. tv., 225/2007 Korm. rend.)

2.1.3. Panasztétel a bíróságon

2.1.3.1. Polgári peres eljárás

Polgári peres eljárás keretében vagyoni és/vagy nem vagyoni kártérítést igényelhet a panaszos. A beteg vagy hozzátartozója az egészségügyi ellátás során vagy azzal összefüggésben keletkezett kárának megtérítését nem személy szerint a felelős egészségügyi dolgozótól, hanem az egészségügyi szolgáltatótól igényelheti. (1959. IV. tv., 2003. LXXXIV. tv.) Az egyéni vállalkozókat leszámítva így intézményi helytállás érvényes a kártérítésre. Az egészségügyi szolgáltatóknak kötelező felelősségbiztosítást kötni tevékenységükre (kivéve a szabadfoglalkozásúakat). Ez azonban a kártérítések kifizetésében nem nyújt nagy segítséget az intézményeknek, hiszen a biztosítók vagy a

megítélt kártérítési összeg egy előre meghatározott százalékat vállalják át, vagy előre meghatározott értékhatárig (pl.: 4 millió Ft) vállalják a helytállást. Ez a vállalás többnyire csak töredéke a perben megítélt kártérítési összegnek. A kórházak mai anyagi helyzetében egy jelentősebb mértékű fizetési kötelezettség súlyos gazdasági problémát okozhat. Ráadásul a személyi felelősségvállalás és helytállás a kárt okozó egészségügyi dolgozó részéről többnyire teljesen elmarad. Ugyan az intézmény igényelhetné — peres úton — a kármegosztást, de általában nem szoktak élni ezzel a lehetőséggel. A felelősség megállapítása nem része a kártérítési pernek, hiszen ott a kár okának, azaz a keletkezett kár és az egészségügyi tevékenység közötti összefüggés felderítése a cél.

2.1.3.2. Büntetőjogi eljárás

A hatályos büntetőtörvénykönyv (Btk.) több olyan bűncselekményt sorol fel, ami az egészségügyi beavatkozással, az orvostudományi kutatás rendjével és az egészségügyi önrendelkezés megsértésével kapcsolatos. Véleményem szerint azonban a büntetőjogi perek során leggyakrabban a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés fordul elő (idetartoznak a köznyelv által műhibának nevezett esetek is). Gondatlanság esetén ez vétségnek minősül, ami egy évig terjedő szabadságvesztéssel, közmunkával vagy pénzbüntetéssel szankcionálható. Ha e törvényi tényállásnak a minősített esete fordul elő (három ilyen sorol fel a Btk.: maradandó fogyatékoság-egészségromlás, halál, tömegszerencsétlenség) akkor a kiszabható büntetés maximuma 8 évig terjedő szabadságvesztés lehet. Ha szándékosság áll fenn a közvetlen veszély előidézésében, akkor 10 évig terjedhet a szabadságvesztés. (1978. évi IV. tv.)

2.1.4. Etikai panasz annak elbírálására feljogosított szervezetnél

Etikai panasz felmerülhet valamennyi, az egészségügyben tevékenykedő szakemberrel, dolgozóval szemben. Az 1959-ben készült rendtartás azonban még csak az orvosokra állapított meg ilyen szabályokat. (1959. évi 8. tvr.) Az 1972. évi egészségügyi törvény elég szűkszavúan érinti ezt a témát. Az ugyaneb-

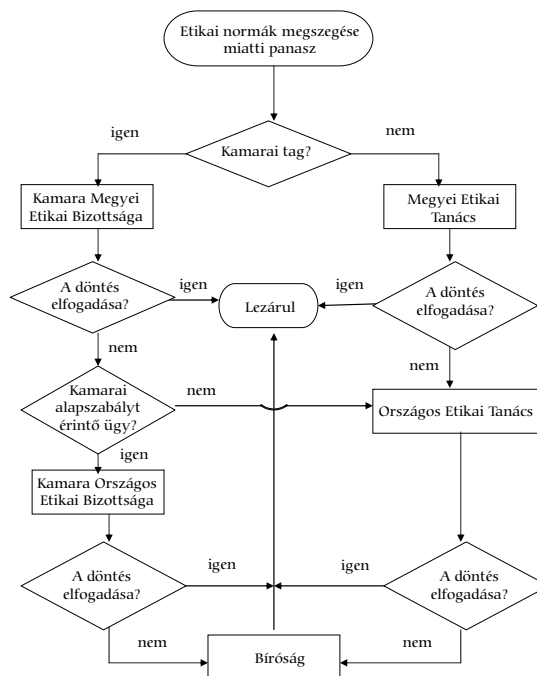
ben az évben kiadott rendtartás már említi az egészségügyi szakdolgozókat is, e szerint etikai vétséget közölnek azok követnek el, „akik a szocialista erkölcs szabályait vagy esküjüket megszegik” (1972. évi II. tv., 11/1972. EÜM rend.). Az 1990-es évek végétől hazánkban az egészségügyre vonatkozó etikai szabályokat a szakmai kamarák állították össze, mindegyik szakma a sajátját, alapul véve nemzetközi szakmai társaságok hasonló témájú iratait. Az etikai normák általában magukba foglalják a hivatás végzéséhez szükséges szakértelem követelményét, a szakmai szabályok betartását és magatartási elvárásokat a betegekkel, munkatársakkal, a társadalom egészével szemben. (MOK, 1998, MESZK, 2005, MGYK, 2007) Három szakmai kamara működik az egészségügy területén, eszerint orvosi, gyógyszerészeti és szakdolgozói kamaráról beszélhetünk. 2007. március 31-ig kötelező tagság létezett, azaz a tevékenység végzésének alapfeltétele volt a szakmai kamarába való belépés. Az etikai ügyekben mindenkivel szemben a foglalkozása szerint illetékes kamara megyei, másodfokon az országos bizottsága járhatott el. A megváltozott szabályozás szerint a tagság már nem kötelező, etikai ügyekben csak tagjaival szemben járhat el kamara. A nem tagokkal szemben egy újonnan létrehozott, az egészségügyi miniszter irányítása alatt működő etikai tanács járhat el, annak megyei, illetve országos szervezete, és amelynek titkársági feladatait az Országos Tisztifőorvosi Hivatal látja el. (2006. évi XCVII. tv.) Az egészségügyi miniszter kihirdette a valamennyi egészségügyi dolgozóra érvényes rendtartást, amely leírja az etikus magatartás szabályait és az etikai vétségnek minősülő cselekményeket. (30/2007. EÜM rend.)

Az etikai vétség esetén a lehetséges büntetések:

- figyelmeztetés,
- megrovás,
- a mindenkori legkisebb kötelező munkabér havi összegének tízszereséig terjedő pénzbírság,
- kamarai taggal szemben ezen kívül még:
- a tagsági viszony 1-6 hónapig terjedő felfüggesztése,
- kizárás.

Az etikai panasztételi lehetőségek és az etikai ügyek menete az 1. ábrán látható.

1. ábra: Az etikai panaszok és eljárások folyamata



2.2. Közvetítői eljárás

A beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogvita rendezésének peren kívüli módjaként választható közvetítői eljárás részletes törvényi szabályozására 2000-ben került sor. A közvetítői eljárást kérheti a beteg, a beteg halála esetén a hozzátartozója vagy az örököse, illetve az egészségügyi szolgáltató. Az eljárás során a beteget képviselheti olyan társadalmi szervezet, amelynek alapító okiratában leírtak szerint a betegjogok, az emberi jogok, illetve a betegek érdekképviseletének területén működik. Az egészségügyi szolgáltatót pedig képviselheti a szolgáltatókat tömörítő társadalmi vagy érdekképviseleti szervezet. (2000. évi CXVI. tv.) A közvetítői eljárás lényege, hogy a felek közötti jogvitát peren kívüli egyezséggel rendezzék. Mészáros Ádám meghatározása szerint: „a mediáció egy olyan permegelőző, konfliktuskezelő, alternatív jogvita, amely során a vitában érintett felek kezdeményezésére egy pártatlan személy, a mediátor nyújt segítséget ahhoz, hogy a felek megállapodást kössenek a jogvita lezárásaként, amely számukra kielégítő”. A közvetítői eljárás előnyei:

„alacsony költségek, gyorsaság, a fél teljes kontrollja az ügy fölött, önkéntes részvétel, elégedettség, a pénzeszközök nincsenek lekötve, nincs bizonytalanság, zárt tárgyalás, méltányos egyezség, eredményesség, későbbi kapcsolat lehetősége”. (Mészáros, 2007)

Egy mediációval foglalkozó brit cég olyan esetekben ajánlja ezt az eljárást, amikor valami félreértés van a beteg és az őt ellátók között. Például: egy gyógyszer beállítása az orvosi szakvélemény szerint indokolt, de az ahhoz társuló tájékoztatás egyáltalán nem vagy részben nem érthető, vagy másik példa: ha nem világos, hogy az otthoni fizioterápiát mikor kell megkezdenie a beteg családjának. (cms.nhs, 2007) De lehet olvasni olyan ajánlást is, ami orvosi műhiba esetére is javasolja ezt az utat. (mediate, 2007)

3. Képviselő a betegpanaszok esetén

A betegek általában személyesen maguk teszik meg panaszukat, de ehhez segítséget is igénybe vehetnek. A képviselőre vonatkozó általános szabályok érvényesek ezekben az esetekben is, de létezik egy speciális közreműködő is: a betegjogi képviselő.

A betegjogi képviselő az egészségügyi törvényben meghatározott betegjogok védelmét látja el, és segíti a betegeket jogaik megismerésében és érvényesítésben. A beteg írásos meghatalmazása alapján minden korábban felsorolt panasztételi helyen panaszt tehet. Ezen kívül önálló panasztételi joga is van a szolgáltató vezetőjénél, illetve fenntartójánál, ha az egészségügyi szolgáltatónál jogsértő gyakorlatot vagy egyéb hiányosságot tapasztal, és javaslatot is tehet azok megszüntetésére. (1997. évi CLIV. tv.) A szolgáltatónak gondoskodnia kell arról, hogy a képviselő elérhetősége, fogadóóráinak helye és időpontja a betegek számára jól látható helyen ki legyen függesztve az intézmény területén. (1/2004. ESZCSM rend.)

Egy másik, másképp speciális panasz-képviselő a gyermekellátásban tapasztalható. Itt általában a szülő, mint a gyermek törvényes képviselője teszi meg a panaszt. Ám ez a panasz nem biztos, hogy azonos

azzal, amit a beteg, azaz a gyermek gondol az ellátásról. Tehát ezen a területen a betegpanasz valójában legalább két megközelítést, két véleményt jelenthet (akár ellentétet is), a betegét, aki a gyermek és a szülőét.

4. A rendszer rövid értékelése

A betegpanaszok nagyon sokfélék lehetnek, és több helyen is meg lehet tenni azokat. Az utóbbi tíz évben fokozatosan egyre több szabályozás jelent meg, amelyek célja, hogy a panaszok meghallgatásra, kivizsgálásra és megválaszolásra kerüljenek. Ez nem csak a betegek irányába megnyilvánuló gesztus, nem csak azt jelzi, hogy az egészségügyi ellátás során egyenrangú félként kell őket kezelni, hanem lehetőség a hibák, hiányosságok felderítésére, azoknak a későbbiekben való elkerülésére, a „jóvátételére”, valamint a felelősök megtalálására, szankcionálására. Véleményem szerint azonban a panasztételi lehetőségekről ma még a betegek elég keveset tudnak, és úgy gondolom, nem is várható el egy éppen sérelmet szenvedett embertől az, hogy erre figyeljen. Segíti a panaszok eljutását a megfelelő helyre azon előírás, amely szerint ha nem az illetékes szervhez adták be a panaszt, úgy az köteles haladéktalanul, de legkésőbb 5 napon belül az illetékességgel és hatáskörrel bíró hatósághoz áttenni azt, és erről az ügyfelet értesíteni. (2004. évi CXL. tv.) Ezen kívül az egészségügyi szolgáltatóval kapcsolatos ügyben a beteghez közeli segítséget nyújt, akár a panasztételi lehetőségek közötti eligazodásban is a betegjogi képviselő.

A betegpanaszok kezelésében és lehetőség szerinti megelőzésében segítséget jelenthetne, ha mi, az egészségügyben dolgozók információt kaphatnánk a más szolgáltatónál bejelentett panaszokról. Ma leginkább csak a médiából tájékozódhatunk, és ott a magas kártérítési igények vagy a legsúlyosabb vélt vagy valós szakmai hibák jelentik a hírt, ezekről hallhatunk, olvashatunk. Bár az EBF honlapján vannak adatok az egyes intézményeknél előforduló panaszokról, de ott csak azok számát láthatjuk, és természetesen csak a közfeladatot ellátó intézményekre vonat-

kozóan. Lehetne egy olyan adatbázis, ahová a szolgáltatók önkéntesen és anonim módon beküldhetnék a felmerült panaszokat, azok kivizsgálásának eredményét, és a megtett intézkedéseket. Ez gyorsíthatná az ügyintézkedést, tanácsot kaphatna saját ügye megoldásához más szolgáltatótól, lehetne tanulni a többiekénél előfordult esetekből, sőt talán meg is előzni azokat, akár

jogos volt a panasz, akár nem. A szolgáltatóknál jelentkező panaszokról tudhatna a döntés-előkészítő, döntéshozó szerv is, és figyelembe is tudná venni azokat döntései során. Másik megoldásként a szolgáltatók közzé tehetnék a honlapjukon az egyes konkrét eseteket — természetesen a panaszos, és az ügyben érintett más személyek személyi azonosítói nélkül.

Hivatkozott jogszabályok

1. 1949. évi XX. Törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya
2. 1959. évi IV. Törvény a Polgári Törvénykönyvről
3. 1972. évi II. Törvény az egészségügyről
4. 1978. évi IV. Törvény a Büntető Törvénykönyvről
5. 1992. évi XXII. Törvény a Munka Törvénykönyvéről
6. 1992. évi XXXIII. Törvény a közalkalmazottak jogállásáról
7. 1991. évi XI. Törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről
8. 1996. évi LVII. Törvény a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról
9. 1997. évi. CLIV. Törvény az egészségügyről
10. 1997. évi CLV. Törvény a fogyasztóvédelemről
11. 1997. évi LXXX. Törvény az egészségbiztosításról
12. 2000. évi CXVI. Törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról
13. 2003. évi LXXXIV. Törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
14. 2004. évi XXIX. Törvény az európai uniós csatlakozással összefüggő egyes törvénymódosításokról
15. 2004. évi CXL. Törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
16. 2006. évi XCVII. Törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról
17. 2006. évi CXVI. Törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről
18. 1959. évi 8. Törvényerejű rendelet az orvosi rendtartásról
19. 362/2006. (XII.28.) Korm. rendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről
20. 225/2007. (VIII.31.) Korm. rendelet a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóságról
21. 11/1972. (VI.30.) EÜM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról
22. 43/2003. (VII.29.) ESZCSM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve a szakmai vezető testületekről
23. 1/2004. (I.5.) ESZCSM rendelet a betegjogi, ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről
24. 30/2007. (VI.22.) EÜM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról

Irodalomjegyzék

1. Blasszauer Béla, Dr. (1995): Orvosi etika
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
2. Belicza Éva – Zékány Zsuzsanna (1998): A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben
EMIKK füzetek, 17. szám, Debrecen
3. Egészségbiztosítási Felügyelet
www.ebf.hu (megtekintve: 2008. július 21.)
4. Examples of cases which mediation is suitable
www.cms.nhs.gov.uk (megtekintve: 2007. március 12.)

5. Földi András – Hamza Gábor (2005): A római jog története és intézményei Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
6. Gulácsi László szerk. (2000): Minőségfejlesztés az egészségügyben Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest,
7. History of Mediation www.ncmediation.com (megtekintve: 2007. március 11.)
8. Kovács József, Dr. (1997): A modern orvosi etika alapjai Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
9. Magyar Egészségügyi Szakdolgozók Kamarájának (MESZK) Etikai Kódexe www.meszk.hu (megtekintve: 2008. július 17.)
10. Magyar Gyógyszerészi Kamara (MGYK) Etikai Kódexe www.mgyk.hu (megtekintve: 2008. július 17.)
11. Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Statútuma www.mok.hu (megtekintve: 2008. július 17.)
12. Mészáros Ádám: A mediációról www.mesarosadam.hu (megtekintve: 2007. március 11.)
13. Mediation Brings Doctors, Patients Face to Face www.mediate.com (megtekintve: 2007. március 12.)

Possible procedures for lodging customer complaints, and their consequences

Kujalek, É.

The author gives an overview, in the light of the complex statutory regulations, of the bodies and organisations involved in the investigation and handling of patient complaints, with special regard to the most recent legislative amendments. A new authority has been established for the purpose of handling complaints, in the form of the Health Insurance Supervisory Authority. The State Medical Officer Service (ÁNTSZ) has undergone restructuring, and the consumer protection authority has been given a new name and organisation. Since membership of a professional chamber is no longer compulsory, the procedures for investigating ethical complaints has also changed: at first-tier level, in the case of non-members the jurisprudent County Ethics Council, and in the case of chamber members the ethics committee of the chamber with regional jurisdiction (county chamber), and at second-tier level in both cases the National Ethics Council are competent to proceed (except in proceedings launched as the result of a breach of the chamber's articles of association). The author categorises the complaints that can arise in the course of patient care, outlines their possible consequences, and describes the arbitration procedure, which is currently less well-known and thus rarely selected, as a potential means of resolving differences of opinion between patients and care-givers.

A MESZK Dietetikus Tagozata **2008. október 9-én 10 órai** kezdettel rendezi meg „A Tápláltsági állapot jelentősége – feladatok, protokollok, evidenciák, jogszabályok” című **Országos Szakmai Továbbképzését**.

A pontszerző továbbképzés helyszíne: Versailles Rendezvényterem, Bp. VI. Városligeti fasor 44.) Kamarai tagok részvétele térítésmentes. Bővebb információ www.meszk.hu

A MESZK Aneszteziológia-Intenzív Ápolás Országos Tagozata **2008. október 17-én Szakmai Napot szervez.**

Az ESZTB által 10 pontra értékelt továbbképzés helyszíne: Magyar Sportok Háza, Bp. XIV. Istvánmezei u. 1-3.

Kamarai tagok részvétele térítésmentes. Bővebb információ www.meszk.hu