

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Pediátriai rossz hírek közlése

Szülésznői várandósgondozás Európában
és Magyarországon

STOP CRC – A lakosság kolorektális
rákszűrésen történő részvételét befolyásoló
tényezők vizsgálata



2016. 29. ÉVFOLYAM 5. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover>

A MESZK ORSZÁGOS SZOCIÁLIS SZAKMAI TAGOZATA



egynapos pontszerző konferenciát szervez
egészségügyi és szociális területen dolgozók számára
Szociális Munka Napja alkalmából

**„A szociális ellátórendszer
változásai, aktuális kérdései.”**
címmel.

Időpontja: 2016. november 16.

Helyszín: Lurdy Konferencia- és Rendezvényközpont,
1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.

Szakmacsoportok: felnőttápolás és gondozás, sürgősségi
ellátás, közegészségügy és népegészségügy, egészségügyi
menedzsment, rehabilitációs és életvezetést támogató

Bővebb információ, jelentkezés: meszk.hu/
továbbképzések/szabadon választható/MESZK által
szervezett továbbképzések

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2016, 29 (5), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Pediátriai rossz hírek
közlése

Németh Andrea, Máté Orsolya

3

Empátiakutatás ápolók körében – a Jefferson
Scale of Physician Empathy (JSPE) és az
Interpersonal Reactivity Index (IRI) empátia
skálák összehasonlítása

Nagy Ivett Klára, Öreg Zsolt

9

Szülész női várandósgondozás Európában és
Magyarországon

Szóllósi Katalin, Kövi Rita, Szabó László

16

Innováció, avagy meg van a „csodaszer”
a hazai egészségügy problémáira?!

Gyűrös Diána

23

STOP CRC – A lakosság kolorektális
rákszűrésén történő részvételét befolyásoló
tényezők vizsgálata

Horváthné Kántor Döniz Vivien

31

ÁPOLÁS ELMÉLET

A transzkulturális ápolástudomány
alappjai

Martin Červený

42

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Delivery of the bad news communication in the
pediatrics

Andrea Németh, Orsolya Máté

3

Empathy research among nurses – comparison
of the scales empathy: Jefferson Scale
of Physician Empathy (JSPE) and the
Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Klára Ivett Nagy, Zolt Öreg

9

Prenatal care and the role of midwifery
in Europe and in Hungary

Katalin Szóllósi, Rita Kövi, László Szabó

16

Innovation – the miracle drug for the
problems of our national healthcare

Diána Gyűrös

23

The analysis of influencing factors of
population's participation in colorectal
screening programs

Döniz Vivien Horváthné Kántor

31

NURSING IN THEORY

The fundamental concepts of transcultural
nursing

Martin Červený

42

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igénnyel 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.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). Terjeszti:
MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450
Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.
A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft.

Nyomdai munka: Varg Hungary Kft.
Felelős vezető: Egyed Márton ügyvezető igazgató
ISSN szám: 0864-7003
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.
Postacím: 1900 Budapest

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

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József (PhD)

Kárpáti Zoltán

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

Szakértők/Experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp Katalin (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Tanácsadó testület/Advisory Board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Helembai Kornélia

Mészáros Magdolna

Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Rauh Edit

Dr. Velkey György

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****N Ő V É R****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyából eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatsnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintettek-re vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.

A cikkeken megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Pediátriai rossz hírek közlése

NÉMETH Andrea, Dr. MÁTÉ Orsolya PhD

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Az egészségügyi szakemberek rossz hír közlési attitűdjének és a közlés körülményeinek felmérése a gyermek fekvőbeteg gyógyintézetben.

Anyag és módszer: Felderítő, kvantitatív, valamint keresztmetszeti vizsgálat, saját szerkesztésű önkitöltős kérdőív felhasználásával orvosok és ápolók körében ($n=109$). Az elemzés során alkalmazott informatikai szoftver: SPSS 20.0. A szerzők leíró statisztikát, khí-négyzet próbát és ANOVA-t használtak ($p<0,05$). Független változóknak tekintették a rossz hír közlésével szembeni elégedettséget, valamint a közlés körülményeit. Független változóként definiálták a demográfiai adatokat, kommunikációs képzésben/rossz hír közlési képzésben való jártasságot.

Eredmények: A vizsgált intézmény egészségügyi szakemberei nem tudnak közlési protokollra támaszkodni, az igény azonban megfogalmazódik, tekintettel arra, hogy a válaszadók 65,1%-a szükségét érzi az iránymutatásnak. A megkérdezettek 56%-a semmilyen képzésben nem részesült a rossz hír közléssel kapcsolatosan. A szülők lelki támogatása tájékoztató anyagokkal (24,8%) és pszichológiai segítséggel (60,6%) történik.

Következtetések: A gyermekgyógyászati intézményben szükségszerű lenne protokoll kidolgozása a rossz hírek közlésére és a kommunikációs képzések/tréningek megszervezése az érintettek számára.

Kulcsszavak: rossz hír, rossz hír közlés, rossz hír közlési protokoll.

Delivery of the bad news communication in the pediatrics

Andrea NÉMETH, Orsolya MÁTÉ PhD

Summary

The aim of the study: Evaluation of health professionals' attitude and the circumstances of delivering bad news in a pediatric inpatient institute.

Materials and methods: Exploring, quantitative and cross-section study with the help of self-administered questionnaires among doctors and nurses ($n=109$). The electronic software used for analysis: SPSS 20.0. Descriptive statistics, chi-squared test and ANOVA-test were applied ($p<0.05$). Satisfaction with the delivery of bad news and the circumstances of communication were considered as dependent variables. Demographic data, as well as experience in communication trainings/skills in delivering bad news were defined as independent variables.

Results: Health professionals working in the studied institute cannot rely on any protocol regarding the delivery of bad news. However 65.1% of respondents feel the need for a guideline. 56% of subjects did not have any education on the communication of bad news. Emotional support of parents is achieved through information materials (24.8%) and psychological guidance (60.6%).

Conclusions: The study shows that in pediatric institutes it would be necessary to work out a guideline for delivering bad news and to organize communicational trainings for those involved.

Keywords: bad news, delivering bad news, protocol for delivering bad news

Beérkezett: 2016. május 6. Elfogadva: 2016. október 12.

Bevezetés

A gyógyítás során rossz hírek nevezünk minden olyan információt, amely jelentős mértékben negatívan befolyásolja a betegek jövőképét. Rossz hír lehet egy krónikus betegség diagnózisa, funkcióromlás vagy -vesztés, maradandó egészségkárosodás vagy akár a halálhír közlése is. (Donovan, K., 1983)

A negatív hírek, még a legjobb szándék és leggondosabb kommunikáció elméleti és gyakorlati felkészítés mellett is sokkolják a páciens vagy a hozzátartozót. Fontos, hogy a tájékoztató tisztában legyen azzal, hogy a tájékoztató élete végéig emlékezni fog a tájékoztatás során történtekre. (WHO, 1993) Nagyon valószínű, hogy nem szó szerint, de az érzés, amit ekkor érzett, a mód, ahogy a hírt közölték vele, mindörökre része lesz emlékezetének.

NÉMETH Andrea ápoló MSc hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Dr. MÁTÉ Orsolya PhD adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Levelező szerző (correspondent): Németh Andrea ápoló MSc hallgató; e-mail: nemeth.andrea@pte.hu

Ilyen típusú hírt azonban nem csak kapni, hanem átadni is nehéz és megviselheti lelkileg a „rossz hír hozóját”. (Máté O., 2013)

A gyermekgyógyászatban a rossz hírek közlése még nehezebb helyzet elé állítja az orvost, mint amikor magával a pácienssel kell közölnie a diagnózist. Tekintettel arra, hogy a gyermek kiskorú, a szülő/gyám gyakorolja a gyermek feletti felügyeleti jogot, így a szülők döntenek közösen az orvossal, a gyermek jövőjéről, kezeléséről, és nem maga a páciens hozza a döntést, mint felnőttek esetében. A felelősség a gyermek jólétével kapcsolatban elsősorban a szülőé, ebből azonban az orvos is részesül. A helyzet emocionális telítettsége miatt az orvos és szülő számára is nehéz ez a szituáció. Nem kielégítő kommunikáció esetén gyakran alakulnak ki konfliktushelyzetek az orvos és a szülő közt, például abban az esetben, ha a szülő nincs teljesen tisztában azzal, hogy miért kell gyermekének egy fájdalmas kezeléssel átésznie. Az orvosnak azonban képesnek kell lennie arra, hogy a kulisszák mögé tudjon pillantani és azonosítani tudja azokat a pszichés faktorokat, amelyek a szülők viselkedését motiválják. (Máté O., 2013)

Az orvos vitathatatlan szerepe mellett a rossz hír közlésének folyamatában ápoló személye is fontos. A szülővel való kölcsönös bizalom alapja, hogy a gyermeket ellátó ápoló is részese legyen a beszélgetésnek. Az ápoló jelenlétével a szülő biztosítékot nyerhet a tájékoztatás folytonosságáról, tekintettel arra, hogy az ápolók szakirodalmi adatok szerint jelentősen több időt töltenek a betegek mellett, mint orvosaik, így könnyebben elérhetők a szülők számára, sajnos azonban Magyarországon mindezidáig sem tisztázott, hogy meddig terjed az ápoló a kompetenciája a beteggel való kommunikációban, miről informálhatja az ápoló saját hatáskörében a hozzátartozót/pácienszt.

A kutatás célja

A kutatás célja volt, hogy megvizsgáljuk a pécsi Gyermekgyógyászati klinika fekvőbeteg osztályain bármilyen természetű (álapotromlás, diagnózis) rossz hír közlésének körülményeit (a közlés, helyszíne, ideje, hangvétele, együttérzés foka), a dolgozók

közléssel kapcsolatos attitűdjét (hangnem, empátia, kommunikációs készség). Felmérjük, hogy milyen intervenciók szükségesek a körülmények és a kommunikáció javításához.

Anyag és módszer

Felderítő, kvantitatív, valamint keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinikájának fekvőbeteg osztályain. Az adatok felvétele 2015. november 1. és 2015. december 31. között történt.

Célcsoportunk a Gyermekgyógyászati Klinikán dolgozó valamennyi orvos és ápoló, aki a beválasztási kritériumoknak megfelelt. A megkérdezett orvosoknak és ápolóknak legalább 1 év munkavisztonnyal kellett rendelkezniük a klinikán. Az ápolók esetében feltétel volt még a legalább gyermekápolói szakképesítés. A kérdőívet 111 fő töltötte ki, amiből 109 db volt értékelhető. A dolgozók részére nemzetközi minta alapján készített, saját szerkesztésű kérdőíveket használtunk, az alábbi kérdéscsoportokkal: demográfiai mutatók (nem, kor, iskolai végzettség), a rossz hír közlés körülményei (protokoll, pszichológiai segítség a szülőknek, nyomtatott tájékoztató anyag minősége és használata), a közlés körülményeit befolyásoló faktorok (kommunikációs képzés, ezen belül a rossz hír közlés), a tájékoztatás gyakorlatának értékelése (civil szervezetekkel fenntartott kapcsolat), szülői igények, szülői szükségletek (a szülők rossz hír közléssel szembeni elvárásuk), javaslatok a közlési körülmények javítására.

Kijelölt kapcsolattartók segítségével történt a kérdőívek kiosztása majd begyűjtése, kitöltésük önkéntes és anonim volt.

Az elemzés során SPSS 20.0 informatikai szoftvert alkalmaztunk. Leíró statisztikát, khí-négyzet próbát és ANOVA-t használtunk ($p < 0,05$). (Ács et al. 2014)

Függő változóknak tekintettük a rossz hír közlésével való elégedettséget, a közlés körülményeit. Független változók voltak a demográfiai adatok, kommunikációs képzésben/rossz hír közlési képzésben való részvétel.

Eredmények

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Gyermekgyógyászati Klinikáján összesen 109 orvost és ápolót kérdeztünk meg, ami az összlétszámot tekintve (118 egészségügyi szakember) 93%-os arányt jelent. A válaszadók többsége (88,1%) nő, az átlag életkoruk 39,95 év (23–65 év). Szakképzettségüket, végzettségüket tekintve 53,2% fő (58 fő) OKJ-s ápolói képesítéssel, 33% (36 fő) főiskolai illetve egyetemi végzettséggel rendelkeznek, a szakiskolát 4,6%-uk, míg a szakközépiskolát 9,2% fejezte be.

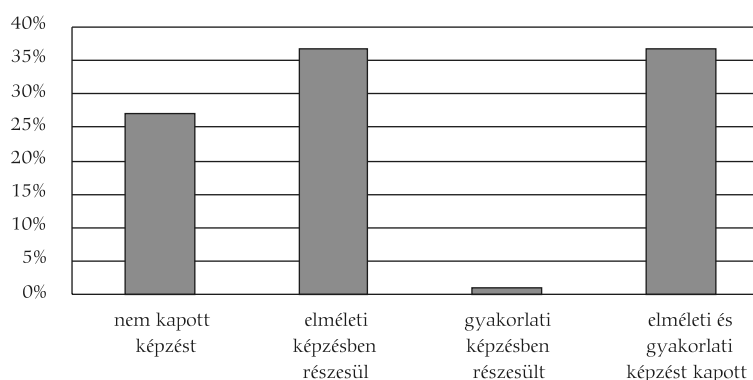
A megkérdezett egészségügyi szakemberek nem tudnak rossz hír közlési protokollra támaszkodni, hiszen a PTE Gyermekgyógyászati Klinikán a válaszadók több, mint a fele (54,1 % fő, 59 fő) nem tud arról, hogy lenne protokoll a rossz hír közlésére vonatkozólag és 42,2 % (46 fő) biztosan tudja, hogy nincs ilyen, így összesen 96,3% nem tud protokollra támaszkodni a közlés során. A megkérdezettek több, mint 65%-a azonban igényt fogalmazott meg arra vonatkozóan, hogy kerüljön leírásra egy protokoll keretein belül, hogy milyen körülmények közt és hogyan kellene rossz hírt közölni. A protokoll kidolgozását elsősorban a gyermekorvosra (60,6%), a pszichológusra (78,9%), betegjogi képviselőre (21,1%), jogászra (16,5%) és lelkesre (18,3%) bízják az orvosok, ápolók. Kevésbé gondolják a védőnő (5,5%), a családsegítő (11%), a szociális munkás (11,9%) feladatának.

Tájékoztató anyagot a gyermek betegségéről a megkérdezettek 24,8%-a szerint kapnak a szülők, ezek 60,6%-ban nyomtatott ismertető és 17,4%-ban szóróanyagok. A szülők 60,6%-a számíthat minden esetben lelki támogatásra az intézményben, elsősorban pszichológustól (73,4%), szociális munkástól (45,9%). Ritkán, de szerephez jutnak a lelkesek (3,7%) és védőnők (1,8%) az ilyen jellegű segítségnyújtásban. Gyakran ezt a fajta támogatást is a gyermekorvostól kapják meg (41,3%). A megkérdezettek 33%-a sze-

rint, a klinika nem minden esetben tud szakember általi pszichológiai támogatást nyújtani a szülőknek.

A közlés körülményeit befolyásoló faktorok közül a válaszadó orvosok és ápolók kommunikációs képzésen való részvételét kérdeztük meg (1. ábra). Az adatokból kiderül, hogy a 39 év alatti megkérdezettek közül szignifikánsan többen kaptak kommunikációs képzést, mint az idősebb kollégák ($p=0,002$). Felsőoktatási keretek között a megkérdezettek csaknem fele (45,9%, 50 fő) tanult, munkába állást követően pedig csaknem harmada (26,6%, 29 fő) kapott a kommunikációs felkészítést. Autodidakta módon képezte magát 7,3% (10 fő). A megkérdezettek több mint a fele (56%, 61 fő) semmilyen képzésben nem részesült a rossz hír közlésével kapcsolatosan. A továbbképzéseknek azonban a döntő jelentőséget tulajdonítanak. (5-ös Likert skálán 4,24). Az iskolai végzettség és a kommunikációs képzés között nincs szignifikáns kapcsolat ($p=0,157$) és a magasabb végzettségűek sem tanultak nagyobb valószínűséggel a rossz hír közlésről ($p=0,069$).

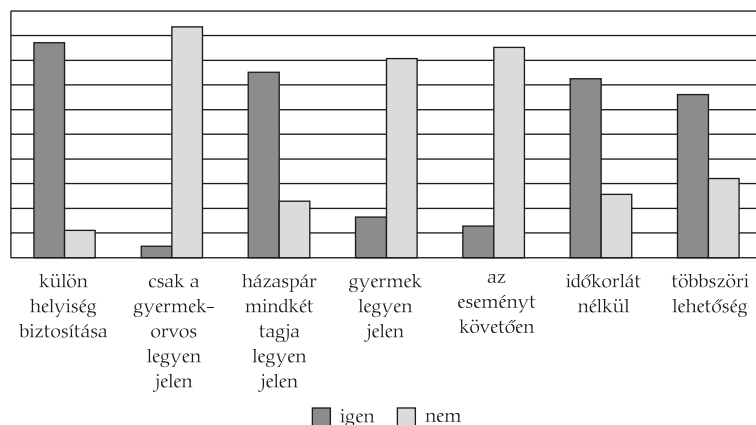
1. ábra. Kommunikációs képzés



A szülőket segítő civil szervezetet a megkérdezettek 47,7%-a tud ajánlani. Az együttműködő szervezetek többsége a családsegítő szolgálat (40,4%), pszichológiai szolgálat (6,4%). Kisebb számban, de jelen vannak a betegeket/fogyatékosokat képviselő szervezetek (2,8%), sorstársi segítő szolgálatok (1,8%) és a lelkesi szolgálat (1,8%) is.

A vizsgálatban résztvevők 36,7%-a (40 fő) közül már rossz hírt szülőkkel, hozzátartozókkal, 33%-a (36 fő) már többször is. A ma-

2. ábra. Az orvosok/ápolók elképzelése a rossz hír közlés optimális körülményeiről (n=109)



gasabb végzettségűek szignifikánsan gyakrabban közölnek rossz hírt ($p=0,000$). Az alacsonyabb végzettségűek kizárólag orvosi kompetenciának tartják a rossz hír közlését ($p=0,042$). A magasabb végzettségűek azonban ezt nem így gondolják. A válaszadók életkora nem befolyásolta szignifikánsan a rossz hír közlési hajlandóságot ($p=0,104$). A válaszadók egyéb teendőik mellett átlagosnál rosszabbnak értékelik a tájékoztatási kompetenciájukat ($2,71$, $SD=1,31$). Ennek okaként megjelölésre került, hogy a helyi szokás szerint nem feladatuk a rossz hírek közlése ($27,5\%$), nincs naprakész ismeretük hozzá (22%), nem elég a tudásuk ($16,5\%$) vagy nincs a közléshez alkalmas hely. Lelki felkészültségük tartja magukat ($58,7\%$), elmondásuk szerint a szülők fájdalmát is megfelelően tudják kezelni ($59,6\%$). A válaszadók $16,5\%$ -a nem érez elég tudást a közlés lebonyolításához, melyen nem változtat az előzetes kommunikációs képés sem ($p=0,891$). Ha azonban gyakrabban közölnek rossz hírt, a gyakorlat növeli a tájékoztatás során nyújtott teljesítmény nyelv szembeni elégedettségét ($p=0,008$). A tapasztalatok szerint nehezíti a szülők rossz pszichés állapota (56%), erős háritó reakciójuk (56%) és az alacsony értelmi képességük (55%) a kulturált közlést. A szülők egészségkultúrája $23,9\%$ -uk szerint okoz csak nehézséget a közlésben. A válaszadó orvosok és szakdolgozók szerint leggyakrabban ($83,5\%$) lesújtott érzelmi állapotú szülőkkel találkozik az orvos, ápoló. Nem túl gyakran, de szóbeli ($12,8\%$), fizikai ($2,8\%$) bán-

talmazás és fenyegetés ($14,7\%$) is előfordult a szülők részéről. Ritkán ($17,4\%$) az is előfordul, hogy a szülő elutasítja a gyermekével kapcsolatos rossz hírek közlését. Közömbösséggel ($19,3\%$), haraggal ($33,9\%$) és hisztériával ($18,3\%$) is reagálhatnak az érintettek.

A megkérdezettek elképzelését az optimális körülményekről a 2. ábra mutatja. A magasabb végzettséggel rendelkezők a gyermek jelenlétét szignifikánsan fontosabbnak tartották ($p=0,045$), mint az al-

acsonyabb végzettségűek. Szerintük elegendő időt kell szánni az ilyen természetű beszélgetésre ($72,5\%$) és később is lehetőséget kell biztosítani a szülők számára, hogy kérdezhessenek ($66,1\%$). $12,8\%$ -uk szerint nem befolyásolja a közlés minőségét, hogy mennyi idő telt el az állapotváltozás és annak közlése között. A teljes körű tájékoztatást csaknem minden válaszadó az egyik legfontosabb faktornak tartja ($4,87$, $SD=0,336$). Csak $4,6\%$ gondolja elfogadhatónak, hogy csak a gyermekorvos legyen egyedül jelen ennél a beszélgetésnél a szülővel és nem tartják helyén valónak azt sem, hogy a tájékoztatási idő hiányában csak rövid, objektív stílusban közöljenek ilyen természetű információkat ($95,4\%$). A válaszadók $66,1\%$ -a lehetőséget adna a szülőknek a többszöri tájékoztató beszélgetésre.

A szülők segítségére tudnának lenni ebben a nehéz helyzetben a családsegítők ($54,1\%$), az orvosok ($50,5\%$), pedagógusok, pszichológusok ($44,0\%$), szociális munkások ($41,3\%$), lelkészek ($38,5\%$) és a sorstársak ($37,6\%$). Megkönnyíthetik még a szülők helyzetét a védőnők ($12,8\%$) és a jogászok ($3,7\%$) is.

Az egészségügyi szakemberek 67% -a együttműködne segítő szervezettel, de csak $47,7\%$ tud róla, hogy elérhetőek-e a szervezetek.

A segítő szervezetekkel folytatott kollaboráció céljai közt szerepel a szülők lelki állapotának javítása ($47,7\%$), a kórházból való elbocsátást követő teendők tisztázása ($41,3\%$) valamint a szolgáltatások elérésének segítése ($35,8\%$) is. További fontos cél a család

előtt álló perspektívák ismertetése (31,2%) és annak elérése, hogy a gyermek ne kerüljön gyermekotthonba, hanem családban nőhesen fel. Egyéb segítség megismertetését 2,8% gondolja fontosnak.

Megbeszélés

Több nemzetközi szakirodalom áttekintése után, kutatásunk során arra következtetésre jutottunk, hogy a nemzetközi szakirodalom is keveset foglalkozik kimondottan a gyermekgyógyászatban történő rossz hírek közlésével. A nemzetközi szakirodalom idevonatkozó tanulmányai főként arra fókuszálnak, hogy protokollok kerüljenek kidolgozásra speciálisan a gyermek betegek szüleinek tájékoztatásának céljából. (Arnautska et al. 2010;) Több tanulmány vizsgálja a muszlim vallásúak számára nyújtott tájékoztatást, tekintettel arra, hogy a világ nagy részén alkalmazott protokollok e népcsoportnak vallási és erkölcsi okokból nem használhatók fel. (Ardabi et al. 2010; Hesham M. et al. 2011; Al-Abdi et al. 2011; Manijeh et al. 2013).

Vizsgálatunk során bebizonyosodott, hogy a vizsgált intézményben nem került kidolgozásra rossz hír közlési protokoll, holott az igényeket felmérve erre szüksége lenne. Speciálisan erre a célra összeállított szakértő csoportra bíznák a válaszadók a protokoll kidolgozását. Az eredményünket összehasonlítva a Máté O. és munkatársai által kapott eredményekkel megállapítható, hogy a protokoll kidolgozásában mindkét tanulmányban a válaszadók szerint a legnagyobb szerepet a gyermekorvosok, pszichológusok kapnák. Mindkét vizsgálat szerint nem szánának jelentős szerepet a védőnőknek, betegjogi képviselőknek és a lelkészeknek. (Máté O. 2013.) A jelentősebb nemzetközi és magyarországi kutatások eredményei összecsengenek jelen kutatás megállapításával, miszerint a protokoll kidolgozása mellett elengedhetetlenül szükséges a kommunikációs kompetencia fejlesztése az egészségügyi személyzet részére. (Ardabi et al. 2010; Crawford D et al. 2013; Sára et al. 2013). Reed et al. (2015) és tanulmányunk is arra a következtetésre jut, hogy különös jelentősé-

ge van a kommunikációs tréningeknek, hiszen a közlési készségek fejleszthetők. (Reed, et al., 2015; Tóth et al. 2011)

Közös megállapításra jut jelen tanulmány az eddigi egyetlen magyarországi rossz hírek közlési viszonyait leíró tanulmánnyal (Máté O. 2013), miszerint bár nincs összefüggés a tájékoztató közlésben nyújtott önmegítélés és a kommunikációs kurzusok látogatása között, ennek ellenére kifejezett igény fogalmazódik meg róluk a kommunikációs kurzusok iránt.

Több nemzetközi tanulmány vitatja az ápolók szerepét a rossz hírek közlésekor. Nemzetközi minta alapján tudható, hogy külföldön az ápolók nagyobb szerepet kapnak ebben a kérdésben annak ellenére, hogy a képzés hiányosságai még ott is nehézséget okoznak (Crowford et al , 2013; Warnock et al. 2010)

Masoomeh et al. (2014) a rossz hírek közlését egy multidiszciplináris team feladataként látja, melynek része az ápoló is. Például a hozzátartozók pszichés támogatása a közlés előtt, alatt és után. (Masoomeh et al. 2014)

Kutatásunk alapján az egészségügyi szakemberek Magyarországon sem zárkóznának el az ápolók nagyobb szerepvállalásától a közlés során. A jól kidolgozott, ápolóknak szóló kommunikációs képzések segítséget tudnak nyújtani a megfelelő közlési gyakorlat elsajátításában. Így nagyobb tudással és önbizalommal rendelkezve az ápolók is könnyebben tudnak ebben a folyamatban részt venni.

A rossz hír közléssel kapcsolatban az orvosok nagy százaléka egyetért abban, hogy a szülők érdekeit a jól kivitelezett közlésen kívül a különböző szakmacsoportok jelenléte és támogatása is meghatározza. Eredményeink azt mutatják, bár az orvosok/ápolók igényelnék a civil szervezetek támogatását, az elérhetőségüket nem ismerik. Ennek következtében a szülők hiába tartanának igényt ilyen jellegű segítségre az egészségügyi szakember ebben a kérdéskörben nem minden esetben tud számukra elfogadható eszközt nyújtani. Az általunk áttekintett nemzetközi szakirodalomban a civil szervezetek jelentőségéről nem tettek említést, ilyen irányban nem történtek kutatá-

sok, így ezt az eredményünket nem tudjuk nemzetközi kontextusba helyezni.

Javaslat

Fejlesztő javaslatként összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a közlési gyakorlat fejlesztésre szorul. Javaslatként szükséges lehet egy közlési protokoll kidolgozása annak érdekében, hogy a gyakorlat jogszerűvé és azonos színvonalúvá váljon országszerte és csökkentse az egészségügyi dolgozó pszichés terheit. Mindenképpen egyértelművé kell, hogy váljon az a fontos momentuma a rossz hír közlésnek, hogy kinek a feladata maga a közlés és az ápolónak mekkora szerepet kell vállalnia ebben a kérdéskörben. Szükséges lenne továbbá az ápolók közlési kompetenciájának arányos szintű megfogalmazása, hogy a közlési gyakorlat során nagyobb szerepet kap hassanak a területen kellő felkészültséggel rendelkező ápolók, tehermentesítve ezáltal

az orvost és segítő kezet nyújtva a hozzátartozóknak. Feltételezésünk szerint a szakmai teamek kiegyenlítettebb mértékű részesevé az ellátásban jelentősen javíthatná a közlők és a tájékoztatott közérzetét és megadhatná a szülőknek az igényelt lelki támogatást a rossz hír közlése közben és után. Fontos tehát a civil szervezetek kapcsolatának erősítése az intézménnyel és az ott dolgozókkal.

A kutatásunk eredményeit érdemes lenne összevetni hasonló ellátási területtel rendelkező intézmények egészségügyi szakembereinek véleményével. Vizsgálatunkat szerencsés lenne kiterjeszteni más intézmények tájékoztatási gyakorlatának felmérésére is, különös tekintettel az ápolók szerepére a rossz hírek közlése és a páciensek hozzátartozóinak tájékoztatásában. Továbbá összehasonlítást lehetne végezni, hogy az ország egyéb területein fellelhető-e civil szervezetek és milyen kapcsolatban állnak velük az intézmények és tudnak-e nyújtani pszichológiai támogatást a szülőknek.

Irodalomjegyzék

1. Ács, P., Oláh, A., Karamánné Pakai, A., Raposa, LB. (szerk.) (2014). Gyakorlati adatelemzés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
2. Al-Abdi, S., Al-Ali, E., & Dahee, M. (2011). Saudi mothers' preferences about breaking bad news concerning newborns: a structured verbal questionnaire. *BMC Medical Ethics*, 12:15.
3. Arbabi, M., Roozdar, A., Taher, M., Shirzad, S., Arjmand, M., Reza Mohammadi, R. M., . . . Roozdar, A. (2010; 5). How to Break Bad News: Physicians' and Nurses' Attitudes. *Iran J Psychiatry*, 128-133.
4. Arnautska, E. (2010). Breaking bad news. *Trakia Journal of Sciences vol 8*.
5. Crawford D et al. (October 2013). Educating children's nurses for communicating bad news. *Nursing Children and Young people. E*, Volume 25 Number 8.
6. Donovan, K. (1983). Communicating bad news. *WHO Division of Mental*.
7. Heshama, M., Mansourb, M., & ElWana, A. (2011). Communicating bad news in pediatric practice and its impact on child behavior. *Medical Research Journal*, DOI: 10.1097/01.MJX.0000397205.63056.ba.
8. Manijeh, S., & Izadi, A. (2013 dec.). The attitudes of health care providers toward breaking bad news in neonatal intensive care units and labor wards. *Iranian Journal of Microbiology*, Vol. 5 Issue 4, p1-11. 11p.
9. Masoomah, I., Zahra, K., & Naser, B. (2014). Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news. *Australian Critical Care*.
10. Máté O. (2013). *A Down szindróma postnatális közlésének körülményei és a szülőknek nyújtott támogatás a magyarországi és németországi szülészeti intézményekben doktori (Phd) értekezés tézisei*. http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Mate_tezisek_magyar.pdf
11. Reed, S., Kassis, K., & Verbeck, N. (2015. jun.). Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents: A feasibility study of an educational intervention. *Medical Education*, 748-752.
12. Sára Zoltán, Z., Dr. Csedő, Z., Tóth, T., Fejes, J., & Dr. Pörzse, G. (XII. évfolyam 4. szám 2013.május). A korszerű információ-technológiai megoldások szerepe az orvos-beteg kommunikáció javításában. *MENEDZSMENT*, 20.
13. Tóth, I., Bán, I., Füzesi, Z., Kesztyűs, M., & Nagy, L. (2011. 152. évfolyam, 38. szám). Első évfolyamos orvostanhallgatók attitűdjei az orvosi kommunikáció oktatásával kapcsolatban. *Orvosi Hetilap*, 1535-1543. DOI: 10.1556/OH.2011.29185.
14. Valck, C., Bensing, J., & Bruynoghe, R. (2001). Medical students' attitudes towards breaking bad news: an empirical test of the world health organization model. *Psycho-Oncology* 10, 398-409 DOI: 10.1002/pon.520.
15. Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, 28, 45, 51-58.
16. Warnock, C., Tod, A., Foste, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 1543.
17. WHO. (1993). http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.2.B.

Empátiakutatás ápolók körében – a Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) és az Interpersonal Reactivity Index (IRI) empátia skálák összehasonlítása

NAGY Ivett Klára, Dr. ÖREG Zsolt

Összefoglalás

Vizsgálat célja: két nemzetközileg validált, hitelesített empátia-mérő skála – a Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) és az Interpersonal Reactivity Index (IRI) – összehasonlítása ápolók közötti empátia kutatás során.

Vizsgálati módszer és minta: keresztmetszeti vizsgálat a két kvantitatív önkitöltős online-kérdőív, valamint saját készítésű szociodemográfiai adatokat felmérő kérdőív segítségével. A mintába összesen 101 fő különböző végzettségű, különböző életkorú és az egészségügy különböző területein, de Magyarországon dolgozó ápoló/ápolónő került. Ebből 91 fő nő, és 10 férfi. Ebből 89 fő kórházi dolgozó, 7 fő rendelőben dolgozik, 1 mentős és 4 házi betegápoló.

Eredmények: Az alkalmazott kérdőívek megbízhatósága a statisztikai elemzés alapján elfogadható (Cronbach's α 0,798 és 0,817). IRI eredményeiben a skálák kihasználásában megjelent a szakmai specifikum, a perspektíva felvétel esetében 11–28, míg a személyes distressz esetében 2–22 sávba szűkülte be a mért érték (a teljes skála 0–28). Az egyes dimenziók átlagai, és szórásai (s): EC=19,4(s=4,26); PT= 18,5(s=4,26); FS=17,23(s=5,32) és PD=10,85(s=4,66). A JSPE skálán az átlag empátia szint 98,5, (a 20–140 értékű skálán), a szórás 14,425. A két kérdőív korrelációs kapcsolatára a kifejlesztők vizsgálatával azonos mértéket kaptunk, ezek a szakma specifikus dimenziókban emelkednek ki (r értékei EC=0,507, PT=0,447). A szociodemográfiai tényezőkkel kapcsolatban feltett hipotézisek nagy része nem került igazolásra. Összefüggés mutatkozott a nem és az IRI distressz dimenzió, valamint a JSPE empátia érték között a feltételezésnek megfelelően a nők javára. Ez a JSPE skálán elsősorban a perspektíva felvétel faktorban jelenik meg. A többlet munkaidővel nem volt kimutatható kapcsolat, de a magánzsférában dolgozók empátiás törődése magasabb volt. A vallás, mint szociológiai jellemző az IRI fantázia skála dimenziójában jelent meg szignifikánsan nagyobb értékkel. A szükséglet kielégítésére vonatkozóan nem sikerült kapcsolatot kimutatni.

Következtetés: A vizsgálat alapján a JSPE kérdőív alkalmazható a magyar viszonyok között is, az IRI mellett szakmai specifikus vonatkozásokban hangsúlyosabban mérheti és teheti összehasonlíthatóvá az empátia szintet. A nők vonatkozásában igazolásra került magasabb empátikus készségük, de a gyakorlati idő, végzettség és egyéb szociodemográfiai tényezők esetében ez további vizsgálatokat igényel, hatásukra a nemzetközi szakirodalom sem ad egyértelmű választ. De minden kutató egyöntetűen kiemeli az empátia rendszerének fontosságát a gyógyítás folyamatában, hatékonyságának növelésében, amit érdemes lehet a hazai továbbképzési rendszerben is figyelembe venni.

Kulcsszavak: empátia, ápolás, ápoló, beteg ellátás, professzionalizmus, multidiszciplináris, felmérések, értékelés, kutatás, kvantitatív módszer, szociodemográfia

Empathy research among nurses – comparison of the scales empathy: Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Klára Ivett NAGY, Dr. Zsolt ÖREG

Summary

Aim of the research: comparison of the two internationally validated self-administered questionnaire (Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) (Hojat et al., 2001, 2002a, 2002b, 2003) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1983) – during empathy research among nurses.

Research and sampling methods: a quantitative cross-sectional study applying two internationally validated self-administered questionnaire (Interpersonal Reactivity Index (IRI), Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)), as well as

NAGY Ivett Klára diplomás ápoló

Dr. ÖREG Zsolt főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségügyi Diagnosztikai Intézet, Képző Diagnosztikai Analitikus és Orvostechinikai Tanszék, Magyarország, Budapest

Levelező szerző (correspondent): Dr. ÖREG Zsolt, elérhetőség: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

Egészségügyi Diagnosztikai Intézet, Képző Diagnosztikai Analitikus és Orvostechinikai Tanszék 1088 Budapest Vas u. 17.; tel: 486-59-63

home-made socio-demographic survey, shared online. The online questionnaires have been completed by 101 nurses in different age, having different qualification levels and working currently in Hungary in different areas of health care. The sample consists of 91 women and 10 men nurses. 89 nurses work in hospitals in the sample, 7 of them work in health centre one of them is ambulance officer and 4 of them are home nurse.

Results: The applied questionnaire is acceptable based on the reliability statistical analysis (Cronbach's 0.798 and 0.817). The results of IRI show in scale exploiting the professional specificity. In case of Perspective taking the used scale range is 11-28, while in the case of personal distress it shrank to 2-22 interval (as long as the total range is 1-28). Average and standard deviation in each dimension are (s): EC = 19.4 (s = 4.26); PT = 18.5 (s = 4.26); FS = 17.23 (s = 5.32), and PD = 10.85 (s = 4.66). In the total range of JSPE scale the mean empathy level is 98.5 and the standard deviation is 14.425. The same correlation relationship turned up between these two questionnaires as the developer published. These underline profession specific dimensions with direct association of the patient care (r factor EC=0,507, PT=0,447). Most of the questions related to socio-demographic factors have not been verified. Relationship emerged between the gender and the IRI personal distress dimension and the empathy value of JSPE according to the assumption for the benefit of women. It appears in scale of JSPE in perspective taking factor primarily. The extra working time had no show link with empathy, but private sector workers' empathic concern was higher. The religion as a sociological characteristics was represented in the fantasy scale dimension of the IRI with a significantly higher value. It failed to detect any connection between the empathy and satisfaction of needs.

Conclusion: Based on the study the JSPE questionnaire is admissible in Hungary. Next to the IRI it can reveal the empathy dimensions major from the patient's view and it can make so comparable the empathy levels in other similar research projects. The women's higher emphatic level was verified, but the length of the practice, the qualification and other socio-demographic aspects need further investigation, their effect aren't discovered even in the research literature. Researchers steady emphasize how important is the empathy in the patient care to improve the efficacy of which would be accounted in Hungarian postgraduate courses as well.

Keywords: empathy; nursing; nurse; patient care; professionalism; multidisciplinary; surveys; evaluation; research; quantitative method; sociodemographic

Beérkezett: 2016. május 17. Elfogadva: 2016. szeptember 15.

Bevezetés

Nemzetközi kutatások bizonyítják, hogy az empatikusan kezelt páciensek gyógyulási aránya nagyobb, mint a többi páciensé. Az egészségügyi szakemberek körében végzett tanulmányok arra utalnak, hogy a betegellátásban az empatikus szerepvállalás a betegek jobb együttműködéséhez, (DiMatteo et al., 1993) pontosabb prognózishoz, és nagyobb betegelégedettséghez vezethet (Fields et al., 2011; Zachariae et al., 2003). Habár a kutatások bizonyítják, hogy az empátia kölcsönösen előnyös aspektusa az egészségügyi szolgáltató-páciens kapcsolatának, mégis számtalan, a témában végzett felmérés igazolta azt a tényt, hogy számos egészségügyi szakmát tanuló, nem rendelkezik ezzel a kiemelten fontos készséggel. (Fields et al., 2011) Hazai (Turcsányi, 2006) és külföldi tanulmányok készültek, melyek az egészségügyi szakemberek szociodemográfiai és egyéb tényezői, valamint empátiaszerepvállalásuk közötti összefüggéseket vizsgálták. (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Veloksi, et al., 2002;)

Egyre gyakrabban találkozunk azzal a mindennapi életben, illetve munkánk során is, hogy a kórházba bekerülő, vagy onnan kikerülő emberek el vannak keseredve, csalódottak az egészségügyi ellátásban tapasztaltak miatt, nincsenek megelégedve az egészségügyi szolgáltatásokkal. Ennek okai szerteágazóak, kezdve az egészségügyi rendszer jelenlegi helyzetétől, egészen az ápolók munkájáig. Az egészségügyi ellátás tényezői/feltételei jó része sajnos adottak, amik a kórházi személyzet változtatni nem tud. Az ápolói munka azonban egy olyan tényező, amin lehet, és kellene is változtatni. Egyedül tőlünk – ápolóktól – függ az, hogyan fordulunk a páciensekhez, milyen minőségben bánunk velük, hogyan kommunikálunk, mennyire tájékoztatjuk aktuális helyzetükről, milyen ellátásban részesítjük őket. Fontos tényező az ápolói munka minősége azért is, mivel a páciensek gyakran nem az orvosok, hanem az ápolók munkáján, az ápolás minőségén keresztül mérik le egy adott egészségügyi ellátás minőségét. Az ápoló munkája tehát közvetlenül kihat az adott egészségügyi intézmény, va-

lamint globálisan az egészségügyről alkotott közvéleményre is, ahogy McMillan és Shannon (2011) írja, az empátikus kommunikációs készség kritikus fontosságú a hollisztikus szemléletű kórházi ápolás során. (McMillan & Shannon, 2011; Buda, 2012) A kórházba bekerülő páciensek a legelesettebb, legkétségsébeesettebb, legkiszolgáltatottabb helyzetükben találkoznak az ápolóval, amikor együttérzésre, biztatásra, odafordulásra, vigasztalásra, de mindenképpen megnyugtatóra lenne szükségük. Bizakodva úgy tekintenek az ápoló személyére, mint törődő, odaforduló, együtt érző, előítéletektől mentes személyre, aki őket segíteni fogja a gyógyulás útján, aki odaadással fogja őket ápolni, gondozni. Ezzel szemben gyakran érzéketlenséggel, tiszteletlenséggel, előítéleteséggel kell szembesülniük.

Vizsgálat eszköze és célja

A tanulmány célja két nemzetközileg validált, hitelesített empátia-mérő skála – a *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* (Hojat et al., 2001, 2002a, 2002b, 2003) és az *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* (Davis, 1983) – összehasonlítása ápolók közötti empátia kutatás során. A Mohammadreza Hojat és munkatársai által kifejlesztett JSPE skála és változatai kifejezetten az egészségügyben felmerülő beteg-ellátó viszony mérésére került kialakításra, ami még hazánkban az egészségügyben nem került felhasználásra, ezért fontosnak tartottuk, hogy ezen cél-specifikus eszköz kipróbálásra kerüljön úgy, hogy eredményei összevethetők legyenek egy már széles körben alkalmazott módszerrel.

A két skála bemutatása

Az egyik empátiafelmérő-skálát kifejezetten a betegellátási helyzetetekre fejlesztették ki (*JSPE; Jefferson Scale of Physician Empathy - JSPE*), míg a másikat az általános népesség számára készítették (*Interpersonal Reactivity Index - IRI*). Az IRI kérdőív Magyarországon már többször felhasználásra került az ápolók empátia felmérése kapcsán, a JSPE kérdőívet azonban még nem alkalmazták az

egészségügy területén felmérések céljára. *Interpersonal Reactivity Index - IRI*: A kérdőívet Mark H. Davis 1983-ban az interperszonális érzékenység vizsgálatára dolgozta ki, majd Kulcsár Zsuzsanna 1998-ban magyarra fordította. Alapvetően az általános népesség számára készült, azonban jellemzően használják egészségügyben, illetve az oktatás területén is. (Kulcsár, 1998) A kérdőív négy aspektusból térképezi fel az empátia szintjét. Felméri az egyén *perspektívaváltásra* való képességét, mennyire képes mások nézőpontjába belehelyezni magát. Egy fantázia-regény szereplőjével való azonosulás mértékét (*fantázia-skála*), mennyire tud elképzelt szituációkkal azonosulni. Felméri továbbá, az *empátiás törődés* képességét, egy másik személy szerencsétlen helyzete feletti aggodást, valamint a *személyi distressz indexet*, feszült interperszonális helyzetekben való szorongás mértékét. Kulcsár Zsuzsanna (1998) a Davis által leírt négy aspektust a következőképpen definiálja: *Perspektíva felvétel (perspective taking; PT)* – a kognitív empátia mérésére szolgáló faktor. Davis szerint ez a legkomplexebb kognitív folyamat, és mások nézőpontjába való belehelyezkedést jelent különböző szituációkban, miközben az egocentrikus attitűd gátlás alá kerül. *Fantázia skála (fantasy; FS)* – regény-, színdarab-, filmhősökkel való azonosulást, fikatív történetekben való elmélyülési hajlamot mér. *Empátiás törődés (empathic concern; EC)* – a másik emberre irányuló empátiás választ méri. Davis szerint a célszemély perspektívájának a felvétele általában empátiás törődéshez vezet. A *Személyes distressz (personal distress; PD)* – affektív válasz, ellentétes az empátiás törődéssel, mert az énré irányuló empátiás választ jelenti. (M. H. Davis, 1994, pp. 56-57; in: Kulcsár, 1998) A skála 28 tételt tartalmaz, tételenként egy-egy ötfokú Likert-skálával. A kitöltőnek 5 fokú skálán kell megítélni, hogy mennyire illik a személyre az adott tétel. Nem jellemző rám: 0 – nagyon jellemző rám: 4 – A 28 tételből 19 tétel pozitívan megfogalmazott, 9 tétel pedig negatívan megfogalmazott. Ezzel motiválva a kitöltőt a kérdések átgondolására. A kiértékelés során a pontszámokat skálánként kell összegezni. Minden skála 7 tételből áll, így alskálánként 0–28 pontot lehet elérni. A

negatívan megfogalmazott tételeket fordítva kell pontozni (0=4; 1=3; 2=2; 3=1; 4=0). A *Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE* önkitöltős kérdőívet Mohammadreza Hojat – a philadelphiai Thomas Jefferson Egyetem Pszichiátriai és Magatartástudományi Tanszék kutató professzora, valamint a Thomas Jefferson Egyetem kutató munkacsoportjának vezetője – kifejezetten az orvosok, orvostanhallgatók, illetve további egészségügyi szakemberek empátia szintjének felmérésére, valamint az orvos–páciens kapcsolatok kutatására fejlesztette ki. (Hojat et al., 2001) A JSPE-nek több módosított változata van, melyeket az egészségügyi szakma különböző csoportjaiban alkalmaznak. A HP verzió az orvosokra és más egészségügyi szakemberekre alkalmazott változat (*JSPE-HP*), az S-verziót (*JSPE-S*) az orvostanhallgatók, illetve más egészségügyi foglalkozások hallgatói körében alkalmazták. A harmadik változat a *JSPE-R*, mely McMillan és Shannon (2011) tanulmányához készült és Hojat előzetes felülvizsgálatát követően a JSPE-S módosított változata lett. A JSPE kérdőív az empátia három szegmensét értékeli: amelyek az „együtt érző gondoskodás” (*compassionate care*), „perspektíva felvétel” (*perspective taking*) és „a pácienssel egy cipőben lenni” (*standing in the patient shoes*) dimenziók. A JSPE-S egy validált 20 tételes önkitöltős kérdőív. 7 fokú Likert-típusú skálán kell megítélni, hogy a kitöltő mennyire ért egyet az állítással. 1 (nem értek egyet) – 7 (nagyon egyet értek). A „jóváhagyó válasz stílus” néven ismert kitöltői magatartás miatt fellépő ún. „confound” hatás csökkentésére, a kérdések fele pozitívan megfogalmazott és így közvetlen pontozású, míg a másik fele negatívan megfogalmazott és fordított pontozású. A 20 tételből 10 tétel pozitívan megfogalmazott és a „perspektíva felvétel” képességéhez kapcsolható, addig 10 tétel negatívan megfogalmazott. A 10 negatívan megfogalmazott tételből 8 az „együtt érző gondoskodás” képességére vonatkozik, a fennmaradó 2 tétel „a pácienssel egy cipőben lenni” képességre utal.

Feltételezésünk szerint a két skála közötti átfedések még relevánsabbá tehetik a betegellátási szituációkban vizsgált empátia-szint felmérés eredményeit. Mohammadreza Hojat

és társai (2005) kutatásuk során azt találták, hogy nagyobb összefüggés mutatkozik az IRI betegellátás szempontjából releváns skálái (pl. „*empatikus törődés*”, „*perspektíva felvétel*”) és a JSPE kapcsolódó faktorai között („*compassion care*”/együtt érző gondoskodás/, „*perspective taking*”/perspektíva felvétel/), mint az IRI egyéb skálái között melyek úgy tűnik kevésbé relevánsak a betegellátás szempontjából (pl. „*személyes distressz*”, és „*fantázia*”). Hojat (2005) kutatásában a *személyes distressz* pontszámok nem korreláltak a betegellátásban mért empátia faktoraival, illetve Batson és társai (1987) kutatásaiban sem. Batsonék (1987) úgy találták, hogy a *distressz* az empátiától független faktor. Elméletük szerint a *distressz* és az *empátia* minőségileg különböző jellemző, mivel a *személyes distresszt* más emberek gyötrelmének láttán éljük meg. A *fantáziát*, mint a személyes megfigyelés szubjektív megközelítését, tekinthetjük hétköznapi értelemben az empátia egy megjelenési formájának, de hátrányosak lehetnek az orvos teljesítményére a betegellátásban és a sürgősségi ellátást igénylő helyzetekben, amelyek objektivitást és klinikai melegséget igényelnek. (Hojat et al., 2005)

Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk a két kvantitatív önkitöltős online-kérdőív, valamint saját készítésű szociodemográfiai adatokat felmérő kérdőív segítségével. A mintába összesen 101 fő különböző végzettségű, különböző életkorú és az egészségügy különböző területein, de Magyarországon dolgozó ápoló/ápolónő került. Ebből 91 fő nő, és 10 férfi. Ebből 89 fő kórházi dolgozó, 7 fő rendelésben dolgozik, 1 mentős és 4 házi betegápoló. (**I. táblázat**) A JSPE kérdőív *reliabilitását* (megbízhatóságát), belső konzisztenciáját Cronbach alfa és Guttman split-half módszerrel ellenőriztük. A JSPE *konstrukciós validitását* (fogalmi érvényességét) faktoranalízissel határoztuk meg. A faktoranalízist *Varimax ortogonális rotációval* végeztük, ahol a *Scree plot* alapján választottuk ki a végleges faktorszámot. A JSPE kérdőívek eredményeinek faktoranalízise azt a

I. táblázat: Szociodemográfiai jellemzők

	érték	fő
nem	férfi/nő	10 / 91
családi állapot	hajadon-nőtlen / házas / elvált / özvegy	27 / 44 / 27 / 3
vallás	vallásos / nem vallásos	48 / 53
mellékállás	van mellékállása / nincs mellékállása	38 / 63
szféra	állami szféra / magán szféra / mindkettő	78 / 12 / 13
beosztás	segédápoló / szakképz.áp / oszt.vez.áp / int.vez. áp	2 / 81 / 13 / 4
szektor	kórházi ápolók / rendelőben dolgozó ápolók / házi betegápolók / mentőápolók	89 / 7 / 4 / 1

célt szolgálta, hogy a válaszokban rejlő szerkezetet meghatározzuk és összehasonlítsuk a kifejlesztése során feltárt szerkezettel, ami- ben a kérdések három faktorba voltak csoportosíthatók, amit a szerzők a „perspektíva felvétel”, az „együtt érző gondoskodás” és a „beteggel egy cipőben lenni” képességként neveztek meg. A mért empátia dimenziók és faktorok, valamint a demográfiai változók közötti viszony feltárására és a csoportok közötti eltérések kimutatására korreláció analízist, nem paraméteres medián tesztet és hasonlóan nem paraméteres variancia analízist alkalmaztunk.

Eredmények

A statisztikai elemzés alapján mindkét alkalmazott kérdőív megbízhatósága elfogadható (Cronbach's a 0,798 és 0,817). Az IRI kérdőív egyes dimenzióinak átlagai, és szórásai (s) következők: EC=19,4(s=4,26); PT= 18,5(s=4,26); FS=17,23(s=5,32) és PD=10,85(s=4,66). Végeredményben a szakmai értékeket visszatükröző empátia értékek voltak megfigyelhetők, a *perspektíva felvétel*, *empátiás törődés* és *fantázia skálán* az átlagok a középérték felett voltak és megjelentek a maximális értékek, míg a *személyes distressz* dimenzióban a maximum 22 volt a skála 28-as végértékével szemben és az átlag a skálaközép alatt helyezkedik el. A legmagasabb minimum (11) a *perspektíva felvétel* dimenzióban jelenik meg, ami a beteg állapotfelmérésének napi rutinját mutatja az ápolók körében. A *személyes distressz* alacsony átlaga (10,85) a problémakezelés alapvetően megfelelő formáját mutatja, de a nagyobb szórás (4,66) jelzi a

nagy egyedi különbségeket. A JSPE kérdőív esetében a faktoranalízist megelőzően ellenőriztük a minta megfelelőségét (KMO teszt 0,744 indexérték) és a Bartlett test (Khi(190) = 776,185, $p < 0.001$) alapján is a belső korrelációs mátrix faktorizálható. Az elvégzett faktoranalízis a kifejlesztők által kialakított dimenziókat tükrözte vissza esetünkben is, csak a faktorokba sorolt kérdések sorrendjében volt eltérés. Az eszköz a betegek szempontjából fontos empátia dimenziókra koncentrált. Az IRI eredményekhez hasonlóan a közvetlen szakmai dimenzió jelenik meg legerősebben (*perspektíva felvétel*), ahol a válaszokat egy hét fokozatú skálán mérve, a kérdésekre kapott átlagpontszám értéktartománya magas (5,0-6,5) 0,8-1,6 szórás mellett. A JSPE skálán az átlag empátia szint 98,5 (a 20-140 értékű skálán), (szórás 14,425), az IRI FS, PT és EC dimenzióhoz hasonlóan a skála kétharmadánál helyezkedik el, így megegyező átlagos empátia szintet mutat mindkét mérőeszköz a betegek szempontjából fontos dimenziókban. Ward és munkatársai (2008) tanulmányával összevetve a magyar ápolók empátiaszintje alacsonyabb, ami az *empátiás törődés* és a *pácienssel egy cipőben lenni* dimenziókban jelent meg kutatásunkban, míg a *perspektíva felvétel* vonatkozásában azonos átlagot kaptunk. (Ward et al., 2008) A két kérdőív eredményeinek összevetése során a JSPE kifejlesztői vizsgálataival összecsengő eredményeket kaptunk. A JSPE elsősorban a betegek szempontjából fontos dimenziókat méri. A *perspektíva felvétel* és *érzelmi törődés* vonatkozásában jelenik meg szignifikáns korreláció ($r=0,447$ és $r=0,507$), de mind ezen empátia faktorokat támogató *fantázia* skálán is jelen van ($r=0,378$). A *szemé-*

II. táblázat: IRI és JSPE, valamint az egyes dimenziói közötti korreláció

IRI	EG	PF	PC	JSPE
FS	0,301**	0,328**	0,054	0,378**
PT	0,271**	0,422**	0,242*	0,447**
PD	-0,217*	-0,030	0,005	-0,146
EC	0,397**	0,421**	0,154	0,507**
total	0,286**	0,432**	0,166	0,448**

(* p=0,05 ** p=0,01)

IRI dimenziói: FS = fantázia skála (fantasy), PT = perspektíva felvétel (perspective taking), EC = empátiás törődés (empathic concern), PD = személyes distressz (personal distress)

JSPE dimenziói: EG = „együtt érző gondoskodás” (compassionate care), PF = „perspektíva felvétel” (perspective taking) PC = „a pácienssel egy cipőben lenni” (standing in the patient shoes)

lyes distressz $r = -0,146$ értékét jelzésnek kell tekintenünk a várható negatív hatások szempontjából. (II.táblázat)

Következtetés

A vizsgálat alapján a Jefferson Scale of Physician Empathy - JSPE kérdőív alkalmazható a magyar viszonyok között is, az IRI mellett szakma specifikus vonatkozásokban hangsúlyosabban mérheti és tehe-

ti összehasonlíthatóvá az empátia szintet. A nők vonatkozásában igazolásra került magasabb empatikus készségük, de a gyakorlati idő, végzettség és egyéb szociodemográfiai tényezők esetében ez további vizsgálatokat igényel, hatásukra a nemzetközi szakirodalom sem ad egyértelmű választ. De minden kutató egyöntetűen kiemeli az empátia készségének fontosságát a gyógyítás folyamatában, hatékonyságának növelésében, amit érdemes lehet a hazai továbbképzési rendszerben is figyelembe venni.

Irodalomjegyzék

- Batson, C.D., Fultz, J. & Schoenrade, P.A. (1987) Adults' emotional reaction to the distress of others, in: N. Eisenberg & J. Strayer (Eds) Empathy and its Development, pp. 163–184 (New York, Cambridge University Press).
- Buda, B. (2012). *Empátia: a beleélés lélektana* (6 ed.). Károli Gáspár Református Egyetem: L'Harmattan Kiadó.
- Davis, M.H. (1983) Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, pp. 113–126.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., . . . Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 93-102.
- Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider--student version. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 287-293. doi: 10.3109/13561820.2011.566648
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., . . . Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. doi: 10.1177/00131640121971158
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002a.). The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77(10 Suppl), S58-60.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002b.). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.

9. Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangion, S., Nasca, T. & Magee, M. (2003) Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy, *Seminars in Integrative Medicine*, 1, pp. 25–41.
10. Hojat, M., Mangione, S., Kane, G. C., & Gonnella, J. S. (2005). Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index
11. Kulcsár, Z. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
12. McMillan, L. R., & Shannon, D. M. (2011). Psychometric Analysis of the JSPE Nursing Student Version R: Comparison of Senior BSN Students and Medical Students Attitudes toward Empathy in Patient Care. *ISRN Nursing*, 2011, 726063. doi: 10.5402/2011/726063
13. Turcsányi M, Rigó A. Az orvostanhallgatók halálfélelme és ennek hatása az empátiára az orvoscézés során. *Kharón*, 2006; 10 (1-2): 23-69.
14. Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2008). The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: a study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 375-386. doi: 10.1080/13561820802190533
15. Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88(5), 658-665. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798

HELYREIGAZÍTÁS

A *Nóvér* folyóirat előző számában (2016, 29. évfolyam 3. szám) megjelent „Tartós ellátást nyújtó intézményben élő, demenciában szenvedő idősök önellátási képességével kapcsolatos tényezők” című eredeti közlemény egyik társszerzőjének vezetéknevében sajnálatos névelírás található. A közlemény társszerzője nem Farkas Lilla, hanem **Farkass Lilla**.

A szerkesztőség elnézést kér a Szerzőtől és az olvasóktól.

Szülésznői várandósgondozás Európában és Magyarországon

SZÖLLŐSI Katalin, KÖVI Rita, SZABÓ László

Összefoglalás

Vizsgálat célja: A szülésznői várandósgondozás gyakorlati megvalósulásának vizsgálata, továbbá a szülész-nőgyógyász és szülésznői szakma, illetve a várandósok véleményének feltárása az új várandósgondozási rendszerről. A várandósgondozás Európai Uniói rendszerének bemutatása ország-példák segítségével (Finnország, Anglia), illetve a magyar rendszer elhelyezése a nemzetközi gyakorlatban.

Anyag, módszer: Kérdőíves módszer (50 szülésznő, 40 várandós) alkalmazása az új rendszer gyakorlati megvalósulásának vizsgálatára, illetve interjú (5 szülésznő, 5 szülész-nőgyógyász) a szakemberek véleményének feltárására. A nemzetközi gyakorlat megismerése finnországi tanulmányút, illetve irodalmi adatok alapján.

Eredmények: A szülésznők 8%-a végezte az önálló várandósgondozást, 32%-uk a későbbiekben sem szeretne volna végezni főként a rendszer átláthatatlansága, a megnövekedett felelősség és szakmai támogatás hiánya miatt. A szülész-nőgyógyászok elismerték a szülésznők szakmai tudását, tapasztalatlanságukat problémának érezték. A várandósok 75%-a szakorvosi várandósgondozást választott volna. Európában a szülésznők szerepvállalása jelentősebb a várandósgondozásban. Az unikumnak tekinthető magyar rendszer a 26/2014 EMMI rendelettel közeledett az Uniói gyakorlathoz.

Következtetések: A megkérdezett szakemberek szerint az új rendszer gördülékeny működéséhez idő és szakmai támogatás szükséges.

Kulcsszavak: várandósgondozás, szülésznő, védőnő

Prenatal care and the role of midwifery in Europe and in Hungary

Katalin SZÖLLŐSI, Rita KÖVI, László SZABÓ

Summary

Aim of the study: To provide a picture about the prenatal care practice and assess the attitude of obstetricians and midwives about the new prenatal care system in Hungary. To compare the Hungarian prenatal care system with that of other countries in the European Union (Finland, England).

Procedure and Sample: We used self-developed questionnaire with 50 midwives, 40 pregnant and interview with 5 midwives and 5 obstetricians. To compare the prenatal care systems in the EU we used the experiences of a study trip in Finland and informations from international databases.

Results: 8% of the midwives work in prenatal care, 32% of participants are not interested in this field. In their view the new system is not elaborated yet, they need more professional surveillance. Obstetricians acknowledge the competence of midwifery, however they suggest to gain more practical knowledge on the field. 75% of participating pregnant women would have chosen the prenatal care of obstetricians. The role of midwives in prenatal care is significant in Europe. The Hungarian system is unique, which is approached to the European practice by introducing the new prenatal care system.

Discussion: The new Hungarian prenatal care system has several loops in its structure and effectiveness from the view of midwives and obstetricians.

Key words: prenatal care, midwifery, health visitors

Beérkezett: 2016. május 13. Elfogadva: 2016. július 28.

SZÖLLŐSI Katalin Családgondozási Módszertani Tanszék, Egészségfejlesztési Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Kar, Semmelweis Egyetem, Budapest

KÖVI Rita Társadalomtudományi Kar, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest

SZABÓ László Családgondozási Módszertani Tanszék, Egészségfejlesztési Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Kar, Semmelweis Egyetem, Budapest

Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

Levelező szerző (correspondent): SZÖLLŐSI Katalin, elérhetőség: email: szollosi.katalin@se-etk.hu

Bevezetés

A WHO szerint a várandósgondozás célja a gyermeket váró nő egészségének megőrzése, a kedvezőtlen állapotok felismerése és kezelése, továbbá a magzat egészséges világra hozatalának segítése. További cél, hogy a szakemberek segítsék és felkészítsék a szülőket az újszülött fogadására, támogassák és tanácsokkal lássák el őket (Health Evidence Network, 2005).

Az Európai Unióban a tagországok várandósgondozási rendszere változatos. Habár minden ország követi a tudományosan megalapozott útmutatásokat, evidenciákat az ellátás során, a várandósgondozási rendszer minden országra specifikusan működik, bizonyos feladatokat más-más szakemberek végeznek el, mások a kompetenciák. Habár többször felmerült, jelenleg nincs érvényben sem egységes, sem minimum elvárás, mely alapját adná az Unió várandósgondozási gyakorlatnak és biztosítaná az ellátás elvárható szintjét, illetve teret engedne a tagországi specifikumoknak is (Bernloehr, Smith & Vydelingum, 2006).

Az Európai Bíróság kimondja, hogy a határokon átnyúló egészségügyi ellátás nem jelenthet veszélyt az egészségre, ezért hasonló standardok szükségesek a tagországokban. Ennek érdekében szükség van a diplomák kölcsönös elismerésére és a hasonló képzési követelmények biztosítására az ellátás egyenlő minősége érdekében a tagországokban (Bernloehr, Smith & Vydelingum, 2006).

A mai trendek azt mutatják, hogy az országok igyekeznek csökkenteni a felesleges, költséges, és gyakran akár ártalmas vizsgálatokat a várandósság alatt, és összeállítani egy olyan vizsgálati rendet, amely eredményesen és hatékonyan szolgálja a magzat egészséges kihordását (Health Evidence Network, 2005).

Magyarország várandósgondozási rendszere unikumnak tekinthető Európában a Hungarikum védőnői hálózat szerepvállalásával. 2014 előtt a szülésznők nem vettek részt a gondozásban. A 26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról közelítette a magyar rendszert az Unió rendhez. Az új rendelet értelmében a gondozás folyamatá-

ban részt vehetnek a szülésznők is a szülésznőgyógyászok mellett. Megjelent a felelős személy, illetve az alacsony és magas rizikójú várandósság fogalma, továbbá a kötelező vizsgálatok listája is megújult. Azonban az új rendelet bevezetését követően maradtak még tisztázatlan területek, nem egyértelmű jelenleg az új rendszer gyakorlati megvalósulása. Jelenleg egy olyan tanulmány létezik (Zöldi-Tóth, 2015), mely felmérte háziorvosok, védőnők és szülésznők véleményét az új várandósgondozási rendelettel és kibővült szerepkörükkel kapcsolatban. De nincs információ arról, hogy a 26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet következtében jelenleg hány szülésznő szeretné, illetve hányan végzik gyakorlatban az önálló várandósgondozást.

Módszer

A szülésznők véleményét elsőként kérdőíves módszerrel mértem fel, melyben három eldöntendő (igen/nem) kérdés és egy nyitott kérdés szerepelt. A kérdőívet online formában tettem közzé budapesti szülésznők között. A felmérés nagyjából három hétig tartott, és ötven szülésznő vett benne részt.

Ezután interjút készítettem öt szülésznővel, illetve öt szülésznőgyógyász szakorvossal az új várandósgondozási rendelettel kapcsolatban. Mind a szülésznők, mind az orvosok budapesti kórházakban dolgoznak. Az interjúalanyokat úgy választottam ki, hogy rendelkezzenek megfelelő tapasztalattal a szakmájukban. Minden esetben egy-egy interjút készítettem, egy-egy beszélgetés húsz percig tartott. Helyszínül az alanyok munkahelyét választottam, az általuk kijelölt helyiségben és megjelölt időpontban. Félig strukturált interjút állítottam össze, ahol összesen nyolc kérdésre kellett válaszolniuk a szakembereknek az új várandósgondozási rendelettel kapcsolatban, azonban a beszélgetés során a témában felmerülő egyéb kérdésekkel kapcsolatban is elmondhatták a véleményüket.

Kutatásom várandósokat célzó része szintén kérdőíves módszerrel történt. Összesen negyven várandós töltötte ki a kérdőívet. A kismamáknak három eldöntendő (igen/nem) kérdésre és egy nyitott kérdésre kellett

válaszolniuk az új várandósgondozási rendszerről. Kutatási mintaként egy fővárosi védőnői tanácsadó várandós gondozottjai szolgáltak. A megkérdezettek között vegyesen voltak először és többször szülők.

A felmérést 2015 február és április között végeztem. Személyes tapasztalatot Finnországban szereztem, ahol Erasmus program keretében 2 hónapot töltöttem.

Eredmények

Kérdőívek eredményei

A kérdőívet kitöltő szülész-nők (n=50 fő) kétharmadának nem volt lehetősége a munkahelyén önálló várandósgondozást végezni (**I. táblázat**). A válaszadók elenyésző része végezte a szülész-női várandósgondozást. Megközelítően a kétharmaduk szívesen végezte volna a várandósgondozást, amennyiben munkahelyükön adottak lettek volna a feltételek, egyharmaduk azonban ennek ellenére sem szívesen. Azok a szülész-nők (n=14 fő), akik nem szívesen végezték volna a várandósgondozást, az alábbi feltételek megvalósulását érezték szükségesnek: szakmai segítség tudásuk felfrissítésében, jelenleginél nagyobb kompetencia biztosítása, annak tisztázása, hogy a várandósgondozás hogyan illeszthető be a jelenlegi munkarendbe, annak sérülése nélkül, plusz juttatás biztosítása. 28%-uk teljesen elzárkózott az önálló várandósgondozás lehetőségétől a feltételek teljesülése esetén is.

I. táblázat. Szülész-nők tapasztalatai és véleménye az új várandósgondozási rendszerrel kapcsolatban (n=50 fő)

	Igen	Nem
Van lehetősége várandósgondozás végezni munkahelyén	36%	64%
Jelenleg végzi az önálló várandósgondozást	8%	92%
Szívesen végezné az önálló várandósgondozást	68%	32%

Interjúk eredményei

Az interjú során megkérdezett szülész-nők közül senki sem végezte az önálló várandósgondozást. Ennek hátterében az állt, hogy munkahelyükön nem is volt erre lehetőségük, azonban egyikük sem szeretne volna vé-

gezni abban az esetben sem, ha a feltételek az adott intézményben teljesülnének. Ötből négyen ezt a megnövekedett felelősség, illetve a várandósgondozás területén lévő tapasztalatlanságuk miatti aggodalmukkal magyarázták. További problémaként említette mind az öt szülész-nő, hogy számukra nem egyértelmű a rendszer működése, nem látták át, hogy hogyan illeszthetnék be a várandósgondozást a munkarendjükbe. Hárman említették azt, hogy véleményük szerint akkor lenne realitása a szülész-női várandósgondozásnak, és abban az esetben lennének motiváltak, ha egy szülész-nő végigkísérhetne egy esetet, azaz a várandós ugyanazzal a szülész-nővel találkozna a várandósgondozás és a szülés alatt is. Magánvállalkozás keretein belül egyikük sem szeretett volna gondozást végezni.

Mind a szülész-nők, mind a szülész-nőgyógyász szakorvosok egyetértettek abban, hogy jelenleg nincs nagy igény a szülész-női várandósgondozás végzésére a szülész-nők részéről. Úgy vélték, hogy 10 szülész-nőből nagyjából 1-3 szülész-nő vállalná az önálló várandósgondozást.

A szülész-nők egyöntetűen úgy gondolták, hogy a várandósok részéről az igény folyamatosan nőni fog a szülész-női várandósgondozásra. Hármuk szerint tíz várandósból 3-5 választaná a szülész-női gondozást, két szülész-nő szerint ez az arány 8-10 lenne. A szülész-nőgyógyászok szerint nincs jelenleg releváns igény a szülész-női várandósgondozásra, melynek hátterében a rendszer kiforrotlansága és az ismeretek hiánya áll.

Véleményük szerint a szakorvosi gondozást preferálná a jövőben is a szülész-nők többsége.

Azzal kapcsolatban, hogy a szülész-nők kellően felkészültek-e a feladatra, megosztották a véleményüket. A szülész-nők egyetértettek abban, hogy a főiskolai képzésen nem kellene változtatni. Hárman ennek ellenére

úgy vélték, hogy a szakma nincs felkészülve a feladatra, mivel várandósgondozás terén tapasztalatlanok, így a rendelet adta lehetőséget „mélyvíznek” tartják. Ketten úgy vélték, hogy habár a szükséges tudásuk meg van, a szülész-nőgyógyászok nagyobb támogatására lenne szükségük, főleg a kezdetekben. A szülész-nőgyógyászok mind úgy gondolták, hogy a szülésznők tudása elegendő a feladathoz, de a tapasztalat hiánya miatt négyen közülük is úgy érezték, hogy nincsenek felkészülve a várandósgondozásra. Az orvosok az új rendszer legfőbb buktatóját abban látták, hogy a szülésznők esetleg nem ismerik fel időben a rizikó megváltozását és nem irányítják a várandóست időben szakorvoshoz.

A szülésznők közül négyen vallották azt, hogy egy ideális várandósgondozási rendszerben egy szülésznő követhetne végig egy várandósságot egészen a szülésig, esetleg még tovább a gyermekágyas szakban is. Volt, aki szerint a védőnő szerepét a szülésznőknek kellene átvenni. Mindegyik megkérdezett szülésznő olyan várandósgondozást preferálna, ahol a szülésznő az eddiginél nagyobb kompetenciával dolgozik, a szakorvos pedig csak a patológiás, magas rizikójú várandósságoknál csatlakozik a gondozásba. Ez ellentmondást mutat azzal, hogy a felelősséget sokuk nem szívesen vállalná, és a kérdőív szerint a szülésznők harmada (32%) nem szívesen végezné a gondozást. A szakorvosok közül volt, aki szerint a védőnőknek kellene nagyobb kompetenciát adni, volt, aki a szülésznők szerepvállalását tovább bővítené, azonban jelenleg erre nem látja felkészültnek a magyar viszonyokat. Volt, aki úgy gondolta, hogy az eddigi rendszer megfelelő volt, ketten pedig úgy gondolták, hogy az új rendszer működőképes lesz, amennyiben a hiányosságait orvosolják a döntéshozók.

A várandósok véleménye a kitöltött kérdőívek alapján

A 40 megkérdezett várandósból 16-an tudták, hogy új rendelet értelmében a várandósgondozást már szülésznő is vállalhatja Magyarországon, 24-en nem tudták. Erről a változásról 8-an a védőnőtől, 4-4-en a Médiaából, Internetről értesültek. Az „egyéb”

kategóriában 2 fő ismerős útján értesült a szülésznői várandósgondozás lehetőségéről. A háziorvostól és a szülész-nőgyógyász szakorvostól a válaszadók közül senki sem értesült erről a változásról. 30 várandós a szülész-nőgyógyász szakorvosi gondozást, 9 fő a szülésznői, egy fő mindkettőt választaná. Arra a kérdésemre, hogy milyen okból döntenek a szakorvosi vagy a szülésznői gondozás mellett a 30 várandós közül - akik szülész-nőgyógyászhoz járnának szívesebben várandósgondozásra - 14-en jobban bíznak a szakorvosok szaktudásában és tapasztalatában, nagyobb biztonságban érzik magukat a gondozásuk alatt. 10 fő az előző várandósságok alatt már kialakult bizalom miatt választana szakorvost. További 3 fő pedig azért nem járna szülésznőhöz, mert veszélyeztetett várandósként egyértelműen a szakorvosi gondozásba kerül anamnaesise alapján. A válaszadók közül 9 fő járna szívesebben inkább szülésznőhöz, mint szülész-nőgyógyászhoz. Habár a kérdés a várandósgondozásra vonatkozott, közülük 3 fő azzal magyarázta választását, hogy a szülésznők végig jelen vannak a szülésnél, többet tudnak foglalkozni a vajúddal, mint a szakorvosok. Azonban a várandósgondozó személye nem feltétlenül egyezik meg a szülést vezető szakember személyével, a várandósok ebben az esetben ösztömoszták a várandósgondozást a szülészszobai munkával. Egy fő még azzal indokolta a döntését, hogy a szülésznői gondozás valószínűleg olcsóbb lenne, ezért döntene emellett a lehetőség mellett. Egy fő arra hivatkozott, hogy nagyanyáink korában is a helyi bába vezette a szülést, így véleménye szerint a várandósság során a szakorvos csak szövődményes esetben szükséges. Két fő pedig egy már ismert szülésznővel kialakult bizalmi kapcsolat miatt választaná a szülésznői gondozást.

Ország példák a várandósgondozási rendszerekre

Hasonlóságokat és különbségeket feltefedzhetünk az egyes tagországok várandósgondozási rendszerei között. A magyar várandósgondozás több ponton is eltér például az angliai rendszertől, legtöbb közös vonást

pedig a finnországi rendszerrel mutat. A **II. táblázat** összehasonlítja az országok várandósgondozási rendszerének sajátosságait. A gondozásban részt vevő felek esetében félkövérrel történt azon szakembernek a jelölése, aki a legnagyobb mértékben veszi ki részét a várandósgondozásból az adott országban.

keznek. A képzés legalább három év, mely során elméleti és gyakorlati oktatásban is részt vesznek. Lehetőség nyílik arra, hogy egy szülésznő végig kövesse az anya várandósságát egészen a szülésig, illetve a gyermekágyi szakaszt is. Ebben az esetben szakorvossal csak akkor találkozik az anya, ha a

II. táblázat. Várandósgondozási rendszer sajátosságai Angliában, Finnországban és Magyarországon

	Anglia	Finnország	Magyarország 2014 előtt	Magyarország 2014 után
Várandósgondozásban résztvevő szakemberek	szülésznő szülész-nőgyógyász szakorvos házi orvos	védőnő (/szülésznő) szülész-nőgyógyász szakorvos házi orvos	védőnő szülész- nőgyógyász szakorvos házi orvos	védőnő szülésznő szülész-nőgyógyász szakorvos házi orvos
Gondozás a család otthonában	nincs/ ritkán	nincs/ ritkán	rendszeresen	rendszeresen
Szülésznők/ védőnők képesítése	főiskola BSc	főiskola BSc	főiskola BSc	főiskola BSc

Magyarázat: félkövérrel kiemelve, hogy melyik szakember vesz részt legnagyobb mértékben a várandósgondozásban.

Anglia

Angliában a várandósgondozásban a házi orvos és a szülésznő vesz részt elsődlegesen. A szülész- nőgyógyász szakorvosok főként patológiás várandósság esetén csatlakoznak az ellátáshoz. A gondozás folyamata a várandósság megállapításával kezdődik, melyet a szülész-nőgyógyász szakorvos végez, mely során első fő feladata a rizikó besorolás (alacsony, vagy magas rizikó). Ezután a várandós anya felkeresi a házi orvosát és az illetékes szülésznőt. Magas rizikójú várandósság esetén szakorvos végzi a gondozást, alacsony rizikójú várandósság esetén a gondozást szülésznő is végezheti, ebben az esetben az anya azt is eldöntheti, hogy hol szeretne szülni (kórház, szülőotthon, otthon). Az alacsony rizikójú, szövődménymentes várandósság során az először szülő nő minimum 10, a többbedszer szülő nő 7 alkalommal vesznek részt várandós tanácsadáson. Ezek során történnek meg a szükséges vizsgálatok és az életmód tanácsadás (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

A szülésznői ellátás iránti igény folyamatos és növekszik. A szülésznők a kórházak szülészeti részlegein, illetve területen is dolgoznak, főiskolai diplomával (BSc) rendel-

várandósság során valami miatt magas kockázatúvá válik (NICE, 2014).

A védőnői ellátás a magyar formában nem létezik Angliában. A védőnőhöz hasonló, ún. „health visitor” a feladatait a család otthonában, vagy a rendelőben végzi, alapvégzettségük ápoló, vagy szülésznő. A szülés előtt közvetlenül találkozik először az anyával, ahol megbeszéljük az újszülöttel kapcsolatos legfőbb várható feladatokat, a gyermek öt éves koráig gondozzák a családot (NICE, 2014).

A házi orvos az alapellátásban játszik rendkívül jelentős kapuőri szerepet. A várandósgondozási rendszert tekintve a házi orvosnak jóval nagyobb szerepe van, mint hazánkban (Smith, Shakespeare & Dixon, 2010).

Finnország

A finn várandósgondozás az egyetlen Európában, amely hasonlít a magyar rendszerhez. Finnországban ún. neuvolák működnek, amelyek felépítésüket és rendszerüket tekintve nagyjából megfelelnek egy magyarországi védőnői tanácsadónak, ahol a finn kifejezéssel „terveydenhoitajan” megnevezésű szakember dolgozik, akinek munkája többnyire lefedi a magyar védőnői kompetencia által megjelölt munkát, sőt túl is mutat azon (például egyszerű invazív beavat-

kozásokat végezhet), azonban családlátogatást ritkán, vagy nem végez. Munkakörébe a védőnőhöz hasonlóan a várandósgondozás mellett, a gyermekágyas, újszülött, csecsemő, kised és kisgyermekgondozás is beletartozik („European Commission, 2003).

A védőnőképzés Magyarországhoz hasonlóan BSc (főiskolai) szintnek felel meg, a képzési idő 4 év, mely után mind az ápoló, mind a védőnő diplomát megkapják a végzettek. További 1 év ráképzés után szülésznő végzettséget lehet szerezni. A védőnők alapvetően az alapellátásban dolgoznak (Robinson & Griffith, 2007). Szülésznők is dolgozhatnak az alapellátásban a neuvolákban, de főként a kórházak szülészeti osztályain végzik tevékenységüket (Emons & Luiten, 2001).

A várandósgondozást az alapellátásban a háziorvos és a védőnő, vagy szülésznő végzi. Az adott önkormányzat eldöntheti, hogy a neuvolába védőnőt, vagy szülésznőt foglalkoztat, de a gyakorlatban általában a védőnők végzik a várandósgondozást, kizorítva így a szülésznőket. Általában 13–16 viziten kell megjelenni a gravidáknak, ebből a háziorvossal nagyjából 3–4 alkalommal találkoznak az anyák, a többi alkalommal, a védőnővel. A szülés- nőgyógyász szakorvos általában nem vesz részt a várandósgondozásban, csak patológiás várandósság esetén (Emons & Luiten, 2001).

Megbeszélés

Mivel a védőnői szolgálat Hungarikumként működik, a magyar várandósgondozási rendszer unikumnak tekinthető Európában. A gondozás az új rendelet értelmében a védőnő és a háziorvos és szülész-nőgyógyász szakorvos és/vagy szülésznő együttműködésében valósul meg. A gondozás a várandósság megállapításával kezdődik a szülész-nőgyógyász szakorvos által. Amennyiben élő, méhen belüli a várandósság, a védőnő gondozásba veszi az kismamát. Ezután megtörténik a háziorvosi és szakorvosi rizikó besorolás. Amennyiben a várandósság alacsony rizikójú, a gondozás felelős személye szülésznő is lehet, míg magas rizikójú várandósság esetén továbbra is kizárólag szülész-nőgyógyász szakorvos lehet.

A várandósgondozást a többi országhoz hasonlóan kizárólag főiskolai diplomával rendelkező szakember végezheti, Magyarországon a védőnők és szülésznők. Mindkét képzés 8 féléves, elméleti és gyakorlati tárgyakat is tartalmaz és BSc szintnek felel meg (15/2006 OM rendelet).

Milyen tényezők miatt vált szükségesé az új rendelet bevezetése?

Az új rendelet bevezetésének számos oka volt. Az egyik legfőbb indok az a brüsszeli jogharmonizációs nyomás volt, mely a szülésznők nagyobb szerepvállalását szorgalmazta, és amelynek az Európai Unióhoz történő csatlakozásunk óta már régen eleget kellett volna tennünk (80/155 EGK irányelv). Ráadásul Magyarországon a várandósgondozás egy 23 évvel ezelőtt alkotott rendelet szerint történt (33/1992 (XII.23.) NM rendelet a terhesgondozásról), mely a szakmai ismeretek és a technológia fejlődésének következtében napjainkra elavulttá vált, így szükséges volt a kötelező vizsgálatok listájának újragondolása. Végül, de nem utolsósorban megemlítendő a szülésznői társadalom magánvállalkozást és az otthonszülést támogató és szorgalmazó csoportjának igénye, akik viszonylag szűk keresztmetszetet jelentenek, mégis a civil szervezetekkel karöltve jelentős befolyással bírnak.

Hogyan illeszkedik az új rendszer az Európai Unió gyakorlatba?

A bemutatott országok várandósgondozási rendszerében hasonló és különböző vonásokat is találhatunk. A várandósgondozás struktúrája ország specifikus, azonban az elmondható, hogy a szülésznői szerepvállalás és felelősség nagyobb hangsúllyal jelenik meg az Unió gyakorlatban, mint a magyar gondozásban. A szülész-nőgyógyászok szerepe többnyire a patológiás esetek kapcsán jelenik meg kórházi keretek között, továbbá a háziorvosok általában nagyobb részt vállalnak az élettani várandósságok gondozásában külföldön, mint Magyarországon. A magyar védőnői hálózat unikumként működik az Európai Unióban, hasonló rendszert csak Finnországban találhatunk. A védőnők vá-

randósgondozásban betöltött szerepét általában a szülésznők látják el külföldön. Az új várandósgondozási rendelet következtében a hazai rendszer közeledett a többi tagország rendjéhez a szülésznők nagyobb szerepvállalásának biztosításával, a szülés- nőgyógyász szakorvosok tehermentesítésével, illetve a vizsgálatok listájának változtatásával. Továbbá a betegközpontúság növelésére tett lépés, hogy a rendelet lehetővé tette az anyák számára, hogy maguk is dönthessenek a gondozásukról, mivel a szülésznő, vagy orvos választása alacsony rizikójú várandósság esetén ezután az anya privilégiuma (26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet). Amennyiben megvizsgáljuk a várandóssággal, szüléssel összefüggő indikátorokat, azt láthatjuk, hogy a skandináv országok eredményei a legjobbak. A HFA adatbázis alapján Magyarország perinatális mortalitás esetében jobban, anyai mortalitás esetében rosszabbul szerepel az Unió átlagnál.

Lipienné és Mészáros 2014-ben ismerteti a megváltozott szülésznői várandósgondozást, s részletes történeti áttekintést nyújt (Lipienné és Mészáros, 2014). Az új várandósgondozási rendszer gyakorlati megvalósulásáról kevés információ van. A saját interjú és kérdőíves módszerrel történt felmérés szerint a szülésznők elenyésző aránya végzi a várandósgondozást, s a gondozással kapcsolatban demotiváltak, főként a megnövekedett felelősség és az e területen jelentkező tapasztalatlanságuk, továbbá a támogatás hiánya következtében. Hasonló eredményeket közölt Zöldi-Tóth Andrea 2016-ban. A graduális képzésben megfelelő felkészítést kapnak a szülésznők saját és a szülész orvosok véleménye szerint. Ugyanezeket a véleményeket kapta Zöldi-Tóth Andrea is. A szakorvosok alkalmasnak tartják a feladatra a szülésznőket, azonban jelenleg nem látnak reális esélyt a gördülékeny gyakorlati megvalósulásra (Zöldi-Tóth 2016).

Irodalomjegyzék

- 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről
- 26/2014 (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
- 33/1992 (XII.23.) NM rendelet a terhesgondozásról
- 80/155 EGK irányelv a törvényi, rendeleti vagy közigazgatási intézkedésekben megállapított, a szülésznők tevékenységének megkezdésére és folytatására vonatkozó rendelkezések összehangolásáról
- Bernloehr, A., Smith, P., Vydelingum, V. (2006) National guidelines on antenatal care: a survey and comparison of the 25 member states of the European Union, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 122(1), 22-32. doi:10.1016/j.ejogrb.2005.04.004
- Boromisza, P. (2014) Új törvény szabályozza a várandósgondozást. *IME*, 13(3), 19-22.
- Emons, J. K., Luiten, M. I. J. (2001) Midwifery in Europe. Hozzáférhető 2015. 03. 22. http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf
- Európai Bizottság (2014) A Bizottság közleménye a hatékony, hozzáférhető és alkalmazkodóképes egészségügyi rendszerekről. Hozzáférhető 2015. 04.06. http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_hu.pdf
- Health Evidence Network (2005) What is the effectiveness of antenatal care? Hozzáférhető 2015.03.12. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf
- Lipienné Krémer, I. Mészáros, J. (2014) A szülésznő megváltozott preventív szerepe a várandósgondozás során. *Egészségfejlesztés*, LV (5-6), 33-36.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014) Antenatal Care Overview. Hozzáférhető 2014.12.30. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-care>
- Smith, A., Shakespeare, J., Dixon, A. (2010) The role of GPs in maternity care – what does the future hold? Hozzáférhető 2015.03.09. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Maternity.pdf>
- Zöldi-Tóth, A. (2016) Várandósgondozás napjainkban – az alapellátás és a szakellátás kapcsolata. *Védőnő*, XXVI(1), 19-29.

Innováció, avagy megvan a „csodaszer” a hazai egészségügy problémáira?!

GYÚRÓS Diána

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Választ kapni arra, hogy milyen az intézeti szakdolgozók szemlélete, hozzáállása, a betegek igényei és az Intézet adta lehetőségek a klinikai farmakológiai vizsgálatok területén. Felmérni, hogy mennyire tájékozottak a szakdolgozók és a betegek a klinikai vizsgálatokkal kapcsolatban, illetve, hogy milyen összefüggések vannak a klinikai vizsgálatokba való bekapcsolódás területén mindkét oldalról.

Vizsgálati módszerek és minta: A kutatás leíró statisztikai módszerrel történt, jellemzően numerikus adatok gyűjtésével. Az adatgyűjtés végzését kérdőíves módszerrel valósítottam meg. A vizsgálat két irányból történt, a betegek és az egészségügyi szakemberek oldaláról megközelítve.

Eredmények: A felmérés eredményei alapján megállapítást nyert, hogy leginkább az orvos - beteg közötti nexus, illetve betegségiük kimenetele befolyásolja a betegeket döntésükben. A szakdolgozók 62,5%-t motiválná a vizsgálatokban való részvétel.

Következtetések: A vizsgálatok, lehetőségek tárházát kínálják, mint tapasztalat szerzési lehetőség, fejlesztés alatt álló innovatív módszerek, technikák, valamint szakszerűen felépített és szervezett vizsgálati metodikák alkalmazása.

Kulcsszavak: Innováció, kutatás, projekt, elégedettség

Innovation - the miracle drug for the problems of our national healthcare

Diána GYÚRÓS

Summary

The aim of the study: get to choose what kind of institutional care workers approach, attitudes, needs of the patient and the possibilities offered by the institute in the field of clinical pharmacology studies. To assess how informed professional staff and patients about clinical trials and how relationships are in the area to join clinical trials from both sides.

Test methods and sample: The research was descriptive statistical method, typically numeric data gathering. To carry out the data collection realized questionnaires, the study carried out in two directions, side of the patient and health professional approaching.

Results: Based on the results of the survey has been stopping that most doctors - nexus between the patient and their disease outcome in patients affected by their decisions. 62.5% of the professional staff motivated to participate in the trials.

Conclusions: The studies offer a range of possibilities, such as grills experience in development of innovative products, techniques, and the use of professionally organized and structured testing methodologies.

Keywords: Innovation, research, projects, satisfaction

Beérkezett: 2016. január 26. Elfogadva: 2016. október 06.

Bevezetés

A hazai munkaerőpiac abszolút aktuális problémái közé sorolható az egészségügyi szakemberek külföldre történő elvándorlása. Nem tudjuk megtartani a szakmai tapasztalattal rendelkező, kiváló orvosokat, szakdolgozókat. Ezen felül, a társadalomban egyre nagyobb számban alakulnak ki „megbetegedések”, melyek még inkább azt követelnék,

hogy az egészségügyben megfelelő képzett-ségű és számú szakember legyen jelen. Ezen előzmények alapján, arra szerettem volna választ kapni, hogy megoldást jelenthetne e kollegáink pályán tartására és a Magyar egészségügyi rendszer kedvezőbb finanszírozási lehetőségeinek kiaknázására a gyógyszervizsgálatok bevezetése a napi gyakorlatba. A gyógyszeripar rengeteg lehetőséggel bír, a klinikai kutatásokról végzett felméré-

GYÚRÓS Diána vezető ápoló, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest
okleveles ápoló, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
Levelező szerző (correspondent): Gyúró Diána, elérhetőség: email: gydia76@gmail.com

sek szerint a magyar egészségügyi kapacitások megközelítőleg csak a 20-25%-át fedik le.

Betegként a kiszolgáltatottság oly mértékben lehet jelen, hogy bármire képes lenne cserében az ember, hogy megszabaduljon a betegségétől. Tényként kezelhető, az is hogy a közalkalmazotti szférában az anyagi megbecsülés korlátok közé szorul. A klinikai farmakológiai vizsgálatok a kórházak mindennapjainak gyakorlatává válása megoldást jelenthet a beteg ember gyógyulása, az orvostudomány fejlődése, az egészségügyi személyzet anyagi problémáinak megoldása, és az intézmények jelentős anyagi támogatáshoz jutása szempontjából. A gyógyíthatatlan betegségek esetén sok nem bizonyított hatású terápiát is kipróbálnak a kétségbeesett betegek, nemegyszer jelentős anyagi áldozatokat hozva. Különösen az onkológia területén jelennek meg „csodaszerek”, melyek miatt fontos a gyógyszerek hatásosságát bizonyító vizsgálatok korrekt tervezése, kivitelezése, illetve a nyert adatok statisztikai értékelése a lehető leggyorsabban.

Aligpár évvel ezelőtt, még Magyarországon ismeretlen fogalom volt a klinikai farmakológia, ma már innovatív terápiák kerülnek széles körben alkalmazásra. Olyan medicínákhoz juthatnak onkológiai betegek, melyek egyébként nem lennének hozzáférhetőek számukra.

Elméleti Háttér

Gyógyszerfejlesztés és gyártás

A gyógyszerfejlesztés legfontosabb eleme, hogy bizonyíthatóan hatékony és hatásos gyógyszer legyen a folyamat végeredménye. Ma a bizonyítékokon alapuló orvoslás elvárásai azt jelentik, hogy „célirányosan tervezett, nagy létszámú és kellően homogén populáción végrehajtott, statisztikai érveket felvonultató klinikai vizsgálatokat” kell végezni. (Gachályi et al., 2002)

A gyógyszergyártást megelőző akár 10-15 éves folyamat a gyógyszerfejlesztés, ami „koncentrált ipari kutatási-fejlesztési tevékenység, amelyben a végtermék, a gyógyszer bizalmi áruként szerepel”. (Gachályi et al., 2002)

A gyógyszergyártás ma már nem a forradalmi újítók egyszemélyes bravúrja, hanem nagyüzemmé vált. A kutatás-fejlesztés számítógépekkel felvértezve, népes kutatógárdával történik. A betegeket minőségi és biztonsági óvintézkedések védik. Az embereken végzett klinikai vizsgálatok tervezésének, kivitelezésének, dokumentálásának és jelentésének nemzetközi etikai és tudományos követelményrendszerét a Helyes Klinikai Gyakorlat, azaz a Good Clinical Practice, a GCP foglalja össze. („A helyes klinikai gyakorlat irányelvei”)

A követelmények betartása és betartatása a garancia arra, hogy a vizsgálatokba bevont személyekkel való bánásmód során figyelembe veszik az adott személyek jogait, törekszenek a biztonságukra és jólétükre. Az irányelveket több ország, így az EU, Japán, az USA, a skandináv országok, Kanada és Ausztrália hatóságainak és az ott alkalmazott Helyes Klinikai Gyakorlat irányelveinek harmonizációjával dolgozták ki. A legfontosabb alapelvnek az tekinthető, hogy az „előrelátható kockázatokat és kényelmetlenségeket minden klinikai vizsgálat megkezdése előtt a vizsgált személy és a társadalom szempontjából várható előnyökkel összevetve mérlegelni kell”. (www.ogyi.hu/dynamic/GCP, 2014)

Az etikai kérdésekben irányt mutat az Orvos- Világszövetség Helsinkai deklarációja, amely az embereken történő orvosi kutatások terén alkalmazandó etikai irányelvekre vonatkozik. Ez a deklaráció általánosságban összefoglalja azokat az alapelveket, és kiegészítő elveket (35 pontban), amelyeket orvosoknak (és az ajánlás szerint a kutatásokban részt vevő további személyeknek) követniük kell. („Etikai Irányelvek”, 2008)

A törvényi szabályozás alapjául az 1997. évi CLIV. számú egészségügyi törvény szolgál. A VIII. fejezet az emberen végzett orvostudományi kutatások részleteit, tartalmazza. Ezen felül a klinikai farmakológiai kutatásokat számos miniszteri és kormányrendelet valamint törvények szabályoznak, melyek szigorú keretek szabnak az emberen végzett kísérleti kutatásoknak. A teljesség igénye nélkül:

235/2009.(X.20.) Korm. rendelet: az emberen végzett orvostudományi kutatások, az

emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechonikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól.

23/2002. (V.9) EüM rendelet: az emberen végzett orvostudományi kutatásokról

35/2005.(VIII.26.) EüM rendelet: az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról. (www.net.jogtar.hu/2014)

A vizsgálatokat csak akkor szabad lefolytatni, ha a várható előnyök meghaladják a kockázatokat. Mindenek felett álló érdek, hogy a vizsgálatban részt vevő személy érdekei élvezzenek abszolút elsőbbséget, akár az állami érdekekkel szemben is.

További elvárás, hogy a vizsgálatoknak tudományosan megalapozottnak kell lenniük.

Klinikai gyógyszervizsgálatok a gyakorlatban

Magyarország kifejezetten kedvelt célpontja a gyógyszerkutatásoknak. E mögött a jelenség mögött több okot is megjelölhetünk:

Hazánkban már 1994-ben bevezették a GCP elvárás rendszerét a gyógyszer engedélyezés folyamatában.

⇒ Hazánk a gazdasági és jogi szabályozás területén gyorsan elvégezte a szükséges integrációt.

⇒ A költségek fajlagosan alacsonyabb szintűek.

⇒ Rendelkezésre áll a megfelelően felkészült szakember gárda.

⇒ Öregedő nemzet lévén a „beteganyag” érintett cardiovascularis illetve tumoros megbetegedésekben, melyek miatt dobo-gos helyen szerepelünk a megbetegedések ranglistáján.

Ezek az előnyök azonban az utóbbi néhány évben a versenytárs országokkal való összehasonlításban kezdenek eltűnni.

Évente mintegy 50-60 milliárd forint bevétele származik a magyar nemzetgazdaságnak abból, hogy a gyógyszerfejlesztés egyes szakaszaihoz szükséges klinikai vizsgálatok-

ba a gyógyszercégek hazai klinikákat, kórházakat is bevonnak. A résztvevő kórházak és egészségügyi dolgozók ebből nagyjából 15 milliárdos pluszbevételre tesznek szert, a többi kiadás a cégek magyarországi költségeiből (irodabérlés, foglalkoztatás, szolgáltatás- és áruvásárlás) tevődik össze. („Több Klinikai”2013)

2007-es adatok szerint: „Magyarországon évente több mint 300 új klinikai vizsgálatot engedélyeznek, amelyekbe körülbelül 15.000 beteget vonnak be. Az intézmények 86%-ban folyik legalább egy ilyen vizsgálat.” Mindezek gazdasági hatása több milliárd forintba becsülhető. (Kanka, A. et al.,2007)

A 2008 és 2012 közötti időszakban összességében mintegy 90.000 magyar beteg ellátása vált lehetővé a nemzetközi vizsgálatok során. Elsősorban onkológiai terápiákban tudtak pácienseket ingyen gyógyszerhez juttatni, sokszor drága onkológiai készítményekhez. (Sándor, 2013)

A részvétel ezekben a gyógyszerfejlesztési vizsgálatokban közvetett és közvetlen előnyökkel is jár, amelyek közül az alábbiak tekinthetők a legfontosabbaknak:

⇒ „A betegek olyan készítményekhez juthatnak hozzá, amely javíthat állapotukon, miközben azoknak regisztrációja és befogadása csak évek múlva történik meg.”

⇒ Az orvosok és a kórházak személyzete egyaránt tapasztalatot szerezhet bizonyos innovatív szerekkel, technikákkal és a vizsgálat metodikájával kapcsolatban.

⇒ A klinikai vizsgálatok plusz költségeit a megbízók mind a szolgáltatóknak, mind a vizsgálatot végzőknek, mind pedig a betegeknek megtérítik.

⇒ A vizsgálatot végző klinikusoknál megjelenő vizsgálati díj olyan kereset-kiegészítést jelent az orvosok és ápolók számára, amely nélkül még nagyobb lenne az elvándorlás.

⇒ Mindez pedig a jogszabályoknak megfelelően, átláthatóan történik.

⇒ A megbízók szakemberei is az országban végzik a kutató tevékenységüket, irodát tartanak fenn, stb. (Kanka, A. et al.,2007)

A fentiek figyelembe vételével érthető, hogy világszerte óriási a verseny az egyes országok között annak érdekében, hogy minél több ilyen vizsgálatot végezhesse.

Ugyanakkor a klinikai vizsgálatok további szabályozása addig szolgálja a betegek és az egészségügyi szektor érdekeit, amíg nem gátolja a hazai vizsgálóhelyek részvételét a nemzetközi vizsgálatokban, hiszen a hosszú évek alatt kialakult pozitív megítélést hamar megváltoztathatja egy nem eléggé körültekintően átgondolt központi beavatkozás, amely akár a klinikai vizsgálatok jelentős átírányítását is okozhatja más országokba.

Érdemes áttekinteni, hogy a projektekért felelős gyógyszergyári vezetők milyen szempontok szerint választják ki a vizsgálatok helyszínét, majd ezeket az alapelveket felhasználva megtenni az esetleges szükséges fejlesztéseket:

- ⇒ megbízható minőség, hiteles betegadatok, megfelelő számú bevonható beteg
- ⇒ rövid határidők a vizsgálat kezdésénél és a betegbevonásban
- ⇒ kiszámítható jogi és gazdasági környezet
- ⇒ költséghatékonyság (egy végigvitt betegre számított direkt és indirekt költségek összege)
- ⇒ az ország piaci súlya a cég számára.

Vizsgálati módszer és minta

A kutatással az volt a célom, hogy választ kapjak arra, hogy milyen az intézeti szakdolgozók szemlélete, hozzáállása, a betegek igényei és az Intézet adta lehetőségek a klinikai farmakológiai vizsgálatok területén. Felmértem, hogy mennyire tájékozottak a szakdolgozók és a betegek a klinikai vizsgálatokkal kapcsolatban, illetve, hogy milyen összefüggések vannak a klinikai vizsgálatokba való bekapcsolódás területén mindkét oldalról.

Hipotézisek

- Feltételezésem szerint,
- ⇒ az ápolók körében, plusz forrás teremtés céljából a klinikai gyógyszer vizsgálatok népszerűbb választás más egyéb munkalehetőségekkel szemben.
 - ⇒ az ápolóhiány, az egészségügyi dolgozók túlterheltsége nagyban befolyásolja a vállalkozási kedvet.
 - ⇒ motivációként, elismerésként élnék meg a

klinikai vizsgálatba való beválasztást, de csak plusz anyagi juttatás fejében vállalkoznának plusz feladatokra.

- ⇒ szakdolgozói és intézeti igény lenne a klinikai farmakológiai vizsgálatok elméleti és gyakorlati képzésébe való bekapcsolódásba.
- ⇒ az intézet egészségügyi szolgáltatásait önként igénybe vevő betegek magas arányban vennének részt gyógyszer vizsgálatokban.
- ⇒ hogy az onkológiai betegek körében a megfelelő tájékoztatást követően magasabb számban vetnék alá magukat gyógyszer kipróbálásnak, mint más egyéb osztályokon.
- ⇒ hogy a nem teljes körű tájékoztatás, a hiedelmek tartják vissza a betegeket a gyógyszerkipróbálásoktól.
- ⇒ hogy a betegek vállalkozási kedvét az orvos beteg bizalmi viszony határozza meg leginkább.

A kutatást egy fővárosi országos egészségügyi ellátó intézményben végeztem az egészségügyi szakszemélyzet, valamint a betegek körében. Az Intézet Belgyógyászati típusú Osztályain (általános, angiológia, hematológiai, diabetológia, nephrológia, gasztroenterológia, kardiológia) illetve az Onkológiai Osztályon végeztem 2014. január 2 – január 31-e között.

Két féle kérdőív kerül kiosztásra az említett osztályokon. A kérdőívet főleg zárt kérdésekből állítottam össze, de lehetőséget hagyva a szöveges megnyilvánulásra is. A kérdőíveket nyomtatott formában lehetett elérni.

„A” típusú kérdőívek a szakdolgozók részére, a „B” típusú kérdőívek a bent fekvő betegek körében kerültek kiosztásra.

Mindkét kérdőív 17 darab egyszerű kérdést tartalmaz, melyeket az osztályok vezető ápolóival közösen osztottuk ki a szakdolgozók és a betegek körében. A begyűjtés is hasonló módon történt. A betegek körében 400 darab kérdőív került kiosztásra, valamint 200 darab a szakdolgozók körében. Az „A” típusú kérdőív kiosztásánál csak az volt a szempont, hogy egészségügyi dolgozó legyen a kitöltő személy. A vizsgálat anonim, önkéntességen alapuló véletlenszerű minta-

vétellel történt. A kutatás leíró statisztikai módszerrel, jellemzően numerikus adatok gyűjtésével valósult meg. Az adatok feldolgozását Microsoft Office Excellel végeztem. A kapott eredmények értékelésére megoszlási viszonyszámokat használtam.

Eredmények

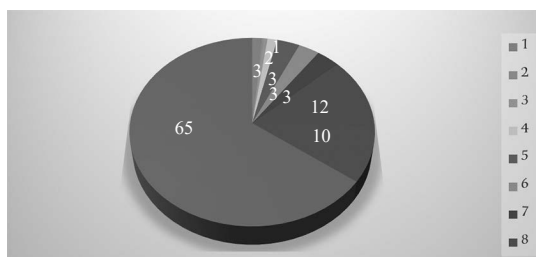
Mivel a kutatásom két részből épül fel, először a betegektől szolgáltatott adatokat mutatom be. Az előzőkben említett 6 szervezeti egységben összesen 400 darab kérdőív került kiosztásra a betegek körében, melyet az Intézet nagy betegforgalma tett lehetővé. Fontos szempont volt, hogy olyan osztályokon történjen az adatgyűjtés, ahol feltételezhetően benignus és malignus betegcsoportok is előfordulnak. A meghatározott terminus alatt 387 darab kérdőív érkezett vissza és ebből 363 darab volt értékelhető. Ez 90%-os válaszarányra felel meg.

A klinikai kutatások nem ismeretlen terep a betegek számára, de feltételezhetően sok tévhit kering a fejekben, mivel sok esetben írtak olyan megjegyzéseket, ami arra enged következtetni, hogy félelmek vannak, nem tartják biztonságos eljárásnak (pl. kísérleti nyúl, rajtam ne gyakoroljanak). A betegek 25,8% azt állította, hogy még nem halott klinikai gyógyszervizsgálatokról, de ennek ellenére szívesen részt vennének benne gyógyulásuk reményében. 19,2%-uk már legalább egyszer részt vett gyógyszervizsgálatban. A vállalkozó kedv általánosságban csak 44,6%-ban mutatkozott. Ennek ellenére azon hipotézisem, hogy az Intézet egészségügyi szolgáltatásait önként igénybe vevő betegek magas arányban vennének részt gyógyszer kipróbálásokban bebizonyosodott, hiszen ha a gyógyszertől gyógyulást remélők 71%-ban szavaztak igennel. Még akkor is 66,1%-ban vállalnák a vizsgálatot, ha nincs a gyógyszernek hazánkban forgalomba hozatali engedélye. Abban az esetben is hasonló eredmény született (68,3%), amikor még kipróbálás alatt lévő készítményről van szó, de anyagilag nem megengedhető a kezelés a beteg számára.

Az eredményekből az olvasható a betegség kimenetelét tekintve, hogy a vizsgált betegek

között 44,5%-a rosszindulatú betegségben, 55,5%-a gyógyítható betegségben szenved. A rosszindulatú betegségben szenvedő betegek 77,9%-ban a vizsgálat részesei szeretnének lenni, illetve a jóindulatú betegségben szenvedők csak 65%-ban szánják rá magukat a gyógyszerkipróbálásra. Tehát második hipotézisem, hogy az onkológiai betegek körében a megfelelő tájékoztatást követően magasabb számban vetnék alá magukat gyógyszer kipróbálásnak, mint más egyéb osztályokon is beigazolódott. Harmadik hipotézisem, az, hogy a nem teljes körű tájékoztatás, a hiedelmek tartják vissza a beteget a gyógyszerkipróbálásoktól csak feltételezhető, a kérdőív kérdései nem fedik le teljesen a kérdéskört. Az viszont egyértelmű, tény hogy a betegek vállalkozási kedvét az orvos beteg bizalmi viszony határozza meg leginkább. Az orvos - beteg bizalmi kapcsolatot a betegek 1-10-es skálán értékelték. (**1. számú ábra**) A beérkezett adatokat úgy értelmeztem, hogy a 8-as pont alatti válaszadások negatív, a 8-as pont feletti válaszokat pozitív értékeknek vettem. Ez alapján a megkérdezett betegek 86,5%-a úgy ítéli meg kezelőorvosaiikkal kapcsolatukat, hogy pozitív elbírálást adtak. A vizsgálatban részt vett betegek 23,1%-a akkor sem venne részt gyógyszervizsgálatban, ha azt, kezelőorvosa javasolná. Az onkológiai betegek esetében, sokkal nagyobb erő, mozgató, maga a betegség, mint a kezelőorvosukkal megélt kapcsolatuk. És ezt mi sem bizonyítja jobban, minthogy a negatív bírálatokat adó betegek is vállalnák a vizsgálatokat, de nekik rosszindulatú betegségük van.

1. ábra. Orvos-beteg bizalmi viszony értékelése



Az elemzést a kutatás másik pillérével folytatnám. A szakdolgozók körében próbáltam válaszra lelteni, arra hogy mi is lehet a

klinikai vizsgálatokban való részvétel motivációs tényezője.

Szintén az előzőekben említett 6 szervezeti egységben összesen 200 darab kérdőív került kiosztásra a szakdolgozók körben is. A meghatározott időszak (2014.01.01-2014.01.31.) alatt 180 darab érkezett vissza és ebből 168 darab volt értékelhető. Ez esetben 84%-os válaszaránynak felel meg.

A vizsgálatból kiderült, hogy a szakdolgozók körben sokkal nagyobb számban lenne jelentkező a vizsgálatokra, mint az orvosok részéről, mivel sokkal kedvezőtlenebb anyagi körülmények között élnek. A válaszadó orvosok 42,8%-a válaszolta azt, hogy nincs rászorulva mellékjövedelemre, de a szakápolók csak 21,6%-ban állították ugyanezt.

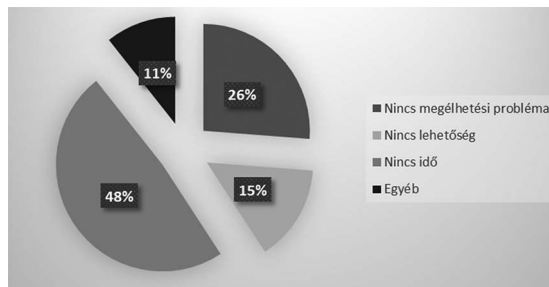
A kutatásban részt vett kollegák végzettségüket tekintve, 8,9%-a szakiskolát, 52,3%-a szakközépiskolát vagy gimnáziumot, és 38,8%-a pedig főiskolát vagy egyetemet végzett. A továbbiakban azt szerettem volna feltérképezni, hogy a válaszadók hány százaléka vállal főállása mellet a megélhetése érdekében plusz munkát. Az esetek nagy többsége átlag plusz 8-20 óra/hét időt tölt munkáján kívül más egyéb pénzkereseti lehetőség végzésével. A válaszok igen elgondolkodtató eredménnyel szolgáltak, ugyan is 39,2%-uk kénytelen a plusz munkavállalásra. Itt lehetőségük volt megjelölni, hogy milyen lehetőségekkel élnek. Javarészt mindenki az egészségügyben próbál boldogulni (ügyelet, házi ápolás), de voltak, akik irodai tevékenységet, takarítást, telefonos ügyfélszolgálatot, „bármit” és „akármit” is elvállalnak.

Természetesen fontos szempontnak találtam megkérdezni azt is, hogy amennyiben nem vállal másodállást, ennek milyen okai lehetnek, (2. számú ábra) hiszen az egy főre eső jövedelmek meg sem közelítik az európai színvonalat. Az egyéb oknál a következőket sorolták fel:

⇒ idős szülők ápolása, idősnek érzik saját magukat, sok gyermek, család az első, fáradtság, élettárs vállal mellékest, nincs kedv, már belefáradt.

Abban az esetben viszont, ha kórházunkban lenne lehetőség plusz munkavállalásra azt jóval többen preferálták. A válaszadók 31%-a válaszolt csak nemmel. A hipotézisem megtartható.

2. ábra. Miért nem vállal plusz munkát?



sem, mely azt feltételezi, hogy a farmakológiai kutatás népszerűbb más egyéb forrásteremtési lehetőségénél beigazolást nyert.

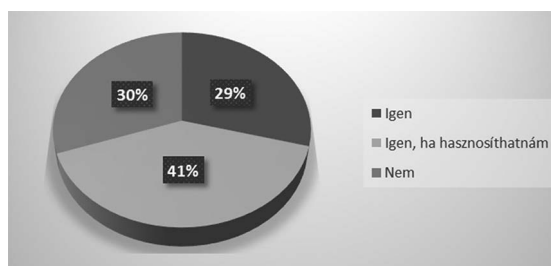
A kérdőív további kérdései a farmakológiai vizsgálatokra irányuló kérdéseket tartalmazta. Majdnem 100%-ban (89,2%) hallottak már a dolgozók klinikai farmakológiai vizsgálatról. A részvételi arány már jóval kevesebb, ugyan is csak 32,7%-ban vettek részt ilyen vizsgálatban. Gyakorlatilag a vizsgálatban betölthető szerepek tekintetében teljes a paletta (vizsgálatvezető, vizsgáló, ápoló, koordinátor, adatkezelő, segítő). Arra a kérdésre, hogy milyen ok miatt nem voltak vizsgálat részesei, a következőket sorakoztatták fel: nem volt rá szükség, nem kellettem, nem volt kedvem, nem volt lehetőségem, még nem hallottam róla. Az anyagi és etikai nézetek befolyásoltsága tekintetében a válaszadók csak 17,8%-a nem venne részt farmakológiai vizsgálatban, mivel saját maga sem vetné alá magát a „kísérletezésnek”.

Az egészségügyi dolgozók javarészt, 62,5%-ban motivációnak, megtiszteltetésnek vennék a beválasztásukat, ezzel hipotézisem beigazolást nyert.

Mivel a válaszadók 85,7%-a tartja a szakdolgozói létszámot elégtelennek osztályán, ezért megvizsgáltam, hogy ők milyen esetben vállalnák a klinikai vizsgálatok plusz feladatvállalását. 17,8%-ban az osztályos feladatok ellátatlanságára hivatkozva nem vállalnák, 38%-ban csak akkor, ha ezt mégis el tudnák végezni munkaidejükben, és 44,2%-ban csakis a plusz anyagi elismerés fejében vállalnák. Azt hiszem, hogy az ápolóhiány, az egészségügyi dolgozók túlterheltsége nagyban befolyásolja a vállalkozási kedvet, melyből arra következtetek, hogy hipotézisem megtartható.

A kérdőív utolsó két kérdése a továbbképzéseket célozza. Az előzőekben már említett részvételi arány azt mutatta, hogy a válaszadók közül csak 32,7%-ban voltak részesei kutatásnak. Ennek megfelelően a GCP tanfolyamon részt vettek száma is csak 16,6% volt, és csak elenyésző számban volt szakdolgozó a válaszadók közül. Viszont az igények a továbbképzésekre pozitív visszajelzést közölnek, (3. számú ábra) ugyan is 29,1%-ban szívesen élnének a lehetőséggel, illetve 40%-ban preferálnák, ha hasznosítani tudnák a tanultakat.

3. ábra. Részt venne GCP képzésen?



Javaslatok

A társadalmi, gazdasági folyamatok hatással vannak az egészségügyi ellátórendszer működésére, a szakdolgozók anyagi helyzetére, valamint a tudományos vizsgálatok térnyerésére. Azonban a farmakológiai vizsgálatok tekintetében nagyon fontos momentum, az Intézet vezetésének elhivatottsága, hiszen ez határozza meg, hogy mekkora teret biztosít a vizsgálatok megvalósításához.

Kutatásom során fontosnak tartottam megvizsgálni a farmakológiai vizsgálatok szempontjából a pozitívumok mellett a hiányosságokat is, ami kizárólag a vizsgált osztályokra, illetve Intézetre érvényes. A feltárt hiányosságok kiküszöbölése, a jelenlegi intézeti helyzet javítását eredményezi, ami a betegek számára teret biztosít innovatív kezelési módszerek eléréséhez. Az intézeti alkalmazhatóságra akkor derült volna fény leginkább, ha a kutatás egyéb momentumokra is kitér. Például érdemes megvizsgálni az angol nyelvi ismeretek, farmakológiai szakvizsga, személyi és tárgyi feltételek meglétét minden klinikai vizsgálatba vonható osztály részéről. Kutatásom erre csak

részben kérdez rá. A felkészültség vizsgálatakor több körülmény együtthatóját kellett volna vizsgálnom, (szakmai rátermettség, leterheltség, a munka szervezethez való viszony) de azt gondolom, hogy ez egy másik kutatás alapjául szolgál.

Az angol nyelv elfogadható ismerete elengedhetetlen, ezért a nyelvi kurzusok támogatása intézeti szinten jelentős előrelépést jelentene a farmakológiai vizsgálatok területén, úgy az orvosok, mint a szakápolói körben.

A klinikai farmakológusok képzését is szorgalmazni kell intézeti szinten, mert csak elenyésző számban rendelkeznek a vizsgált osztályok ily szakképesítés birtokában lévő szakorvosokkal.

Az ápolóihiány globális problémát jelent országos szinten, tehát annak érdekében, hogy pályán tudjuk tartani a fiatal munkatársakat, nekünk kell új modellel szolgálni ahhoz, hogy elmélyülhessen bennük a munkájuk iránti elhivatottság.

A bürokrácia sajnos sok esetben megnehezíti az életünket, ez nincs másként a farmakológiai vizsgálatok kapcsán sem. Ha lehetőség nyílik adminisztratív segítség bevonására, hatékonyabbá, gyorsabbá tenné azokat, levéve a terheket a szakszemélyzetről.

A farmakológiai vizsgálatok olyan lehetőségek tárházát kínálják, mint a vizsgáló orvosok, ápolószemélyzet tapasztalatszerzési lehetőségei, fejlesztés alatt álló innovatív módszerek, technikák, valamint szakszerűen felépített és szervezett vizsgálati metodikák alkalmazása. Az új tapasztalatok és a versenyképes jövedelem, ösztönzőleg hat és növelik az ápolóink önbecsülést. Az igényes szakmai munkavégzés tartósan csak megfelelő díjazás ellenében várható el és tartható fenn.

A tévhitek eloszlatásában mindenképpen hasznos a teljes körű orvosi felvilágosítás, valamint a rohanó világunk adta lehetőségként a kórházi weboldalon feltüntetett klinikai farmakológia vizsgálatokról szóló ismertető.

Pozitívumként meg kell említenem, hogy más kutatással összevetve, (Magyar Klinikai Vizsgálatszervezők Társasága és az EM csoport Kht.) ahol is országos viszonylatban a farmakológiai kutatásokban való részvételi

arány 2.3%, a mi Intézetünkben a részvételi arány 16.6% mutatott.

A GCP továbbképzések szorgalmazása ettől függetlenül elengedhetetlen, mivel a GCP vizsgával rendelkezők érvényessége is pár éven belül lejár, megújításuk szükséges.

A kutatás kapcsán az is megállapítható, hogy az orvos - beteg közötti nexus minden esetben sarkalatos pontja lehet egy klinikai kutatás lehetőségének.

Azt gondolom, hogy a felmérésem alkalmas volt arra, hogy érzékeltesse a klinikai gyógyszerfejlesztés jelentőségét és felhívja a figyelmet néhány fontos problémára.

Összefoglalás

A céloom az volt, hogy felhívjam a figyelmet a lehetőségekre, és megoldást találjak arra, hogy mivel járulhatok hozzá kollégáim pá-

lyán tartása, szakmai fejlődése, a betegek gyógyulása és Intézetünk plusz anyagi forrásokhoz jutása érdekében. Szerettem volna eloszlatni a tévhiteket, melyekkel szembetalálkozok az ember farmakológiai vizsgálatok kapcsán, és nem utolsó sorban kiemelni azt, hogy amikor pályára léptünk sem volt másként az anyagi elismerés, de akkor hitünk és hivatástudatunk vitt a betegellátás irányába. Ne feledjük el, hogy mire esküdtünk és ne hagyjuk, hogy kialudjon belőlünk a láng.

Remélem szakértők és laikusok számára is egyaránt érdekes témát boncolgattam, illetve dolgozatomban rávilágítottam arra, hogy a farmakológiai kutató és fejlesztő vizsgálatok nem elhanyagolható anyagi és szellemi termékekkel szolgálhatnak a társadalomnak. Véleményem szerint a jövőben a klinikai farmakológiai vizsgálatok az egészségügyi reform fontos elemét kell, hogy képezzék.

Irodalomjegyzék

1. A helyes klinikai gyakorlat irányelvei (Good Clinical Practice). Hozzáférhető 2014-02-01, (<http://www.ogyi.hu/dynamic/GCP>)
2. 23/2002. (V.9) EüM rendelet: az emberen végzett orvostudományi kutatásokról. Hozzáférhető 2014-02-02. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0200023.EUM
3. 35/2005.(VIII.26.) EüM rendelet: az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról. Hozzáférhető 2014-02-02 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0500035.EUM
4. 235/2009.(X.20.) Korm. rendelet: az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól. Hozzáférhető 2014-02-03 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900235.KOR
5. Gachályi Béla, Lakner Géza, Borvendég János (2002) *Klinikai farmakológia a gyakorlatban*, Budapest: Spinger
6. Dr. Kanka Andor, Dr. Antal János (2007) *Klinikai Gyógyszervizsgálatok Magyarországon - Egészségügyi Gazdasági szemle (2007/3.)*
7. Sándor Judit (2013) *Mit akar a GYEMSZI a klinikai kutatásokkal?* Hozzáférhető 2013-12-21, <http://www.weborvos.hu/adat/files/OL/OL3.pdf>
8. *Több klinikai gyógyszervizsgálat jöhetne Magyarországra* (2013). Hozzáférhető 2013-12-03, <http://www.vg.hu/vallalatok/egeszsegugy/tobb-klinikai-gyogyszervizsgalat-johetne-magyaror-szagra-417396>
9. World Medical Association Declaration of Helsinki, *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (2008.oct). Hozzáférhető 2014-01-15, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

STOP CRC – A lakosság kolorektális rákszűrésben történő részvételét befolyásoló tényezők vizsgálata

HORVÁTHNÉ KÁNTOR Döniz Vivien

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A kutatás célja a lakossági részvételt befolyásoló tényezők feltárása, és ennek ismeretében a szűrési részvétel emelkedését segítő javaslatok megfogalmazása.

Anyag és módszer: A vizsgálat retrospektív, nem véletlenszerű mintavételi technikával, önkitöltős szerkesztett kérdőív segítségével történt, a kiválasztott győri háziorvosi rendelőkben megjelenő egyének körében (n=210). A statisztikai elemzésre SPSS program segítségével került sor, mely során leíró- és matematikai statisztikai módszerek kerültek alkalmazásra.

Eredmények: A vizsgálatban résztvevők 30 %-a férfi, 70 %-a nő volt. A válaszadók 50 %-a nem ismerte a kolorektális szűrőmódszereket, és összesen 30 %-a vett részt benne. A rákszűrésben történő részvétel elutasításának legfőbb okaként a panaszok hiányát, illetve a vizsgálatról való félelmet jelölték. A minta 94 %-a szerint önmaga, és a környezetében élő, hasonló korú személyek motiválhatóak a szűrésben történő részvételre. A felkínált szűrésre motiváló tényezők közül a leghasznosabbnak a háziorvosi adekvát tájékoztatást tartották.

Következtetések: A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy a lakosok nem rendelkeznek elegendő információval a kolorektális karcinómáról, valamint a szűrővizsgálati módszerekről, illetve sok esetben téves információkkal vannak ellátva, amely oka az alacsony szűrővizsgálati látogatottságnak.

Kulcsszavak: vastagbél-, végbéldaganatok, rákszűrés, társadalmi részvétel, ösztönzés

The analysis of influencing factors of population's participation in colorectal screening programs

Döniz Vivien HORVÁTHNÉ KÁNTOR

Summary

Aim of the study: The aim of the study was to investigate the influencing factors of participation in screening programs in the population, and to make suggestions to improve the participation rate of these programs.

Sample and method: The study was retrospective and not randomised. Self-administered questionnaire was applied among general practitioners' patients in specific outpatient units of Győr (n=210). SPSS statistical program was used to analyse the data with descriptive and mathematical statistics.

Results: 30 % of the sample was male and 70% was female. 50% of the respondents did not know the colorectal screening methods, and only 30% participated in one of them. The reasons of refusal to participate in a screening program were lack of symptoms and fear of the investigation. 94% of the respondents thought that they and other people in their environment could be motivated to participate in the colorectal screening programs. The most effective method was indicated as adequate information about the programs provided by GPs.

Conclusions: Our results showed that the given population does not have enough information about colorectal cancer and its screening methods, and several misleading information exists among them, which is resulted in low participation rate of screening programs.

Keywords: colorectal cancers, cancer screening, social participation, incentive

Beérkezett: 2016. október 11. Elfogadva: 2016. október 14.

Bevezetés

Korunk egyik népbetegsége, a kolorektális karcinóma a világon a legnagyobb jelentőséggel bíró daganatos megbetegedések egyi-

ke. Jelentőségét az adja, hogy bár biológiai és patológiai jellegzetességei lehetővé teszik szűrését, és számos korszerű szűrővizsgálati módszerrel rendelkezünk - melyekkel a korai rákmegelőző állapotok időben felismer-

HORVÁTHNÉ KÁNTOR Döniz Vivien ápoló MSc hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
Diplomás Ápoló, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Győr

Levelező szerző (correspondent): Horváthné Kántor Döniz Vivien ápoló MSc hallgató; e-mail: kantor.denise@gmail.com

hetők, megelőzve ezzel a kolorektális daganat kialakulását, illetve a már kialakult daganat esetén a terápia mielőbbi megkezdését és ez által a daganat következtében elhunytak számának csökkentését –, a daganatos megbetegedések száma, és letalitása mindezek ellenére folyamatos emelkedést mutat. A kolorektális daganat növekvő incidenciájának és mortalitásának fő oka vélhetően a lakosság nem megfelelő tájékozottsága a daganatról, és szűrővizsgálati módszereiről, valamint a szűrővizsgálati módszerek egyéb okokból kifolyólag bekövetkezett kihasználatlansága.

A vizsgálat célja

A kutatás célja választ kapni arra, hogy a vizsgálatban részt vevő lakosok ismerik-e a kolorektális rákszűréseket, és milyen arányban vesznek részt a szűrővizsgálatokon, illetve feltárni azokat a részvételt befolyásoló tényezőket, amelyek negatívan befolyásolják a szűrővizsgálatok látogatottságát, valamint mindezek ismeretében olyan javaslatok megfogalmazása, amelyek alkalmazása elősegítheti a szűréseken történő részvétel emelkedését.

A kutatás megkezdése előtt megfogalmazott hipotéziseket és eredményeit az „Eredmények” pont ismerteti.

Anyag és módszer

A kutatásra 2015. november 5-e és 2016. január 31-e között került sor. A felmérés kérdőíves módszerrel történt. A kutatás célcsoportját azok a kolorektális szűrésre vonatkozó ajánlások alapján meghatározott átlag rizikóval rendelkező – vagyis az 50 és 70 év kor közötti, nemtől független – egyének képezték, akik a megjelölt időintervallumon belül, a kutatás megkezdése előtt kiválasztott 16 győri háziorvosi körzet valamelyikében megjelentek. A 16 kiválasztott győri háziorvosi körzet Győr város minden területét lefedte, ezáltal minden lakóhelytől független személy megkérdezésére lehetőség nyílt. A kutatásban 224 fő vett részt. A célszemélyek vizsgálatban történő részvétele önkéntes, anonim volt.

A saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőív – mely 33, nyílt és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott – kiosztása pilóta tanulmány elvégzését követően történt meg. 340 darab kérdőív került kiosztásra, amelyből 224 db érkezett vissza. 14 kérdőívet a mintába való bekerülés feltételének (életkor) való nem megfelelése, valamint a kérdőív hiányos kitöltése miatt felhasználni, értékelni nem lehetett. A visszaérkezett kérdőívekből tehát 210 darabnak történt meg a feldolgozása, elemzése.

Az adatok feldolgozása és elemzése az Excel 2013-as, valamint az SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Armonk, NY: IBM Corp. 2013) 23-es verziójú program segítségével történt. A kapott adatok feldolgozása leíró statisztika alkalmazásával készült. A hipotézisek vizsgálata során leíró átlag, és gyakoriságot kifejező statisztika, valamint matematikai statisztikai módszerek, Khi-négyzet, Fisher és binomiális próbák kerültek alkalmazásra. A statisztikailag szignifikáns p érték $p < 0,05$ értéken lett meghatározva.

Eredmények

A kérdőíves felmérésben 210 fő vett részt, 65 fő férfi és 145 fő nő. Életkoruk a mintaválasztás kritériumának megfelelően 50 és 70 éves kor között mozgott. Legnagyobb számban a 66-70 éves kor közöttiek voltak, számuk 63 fő. 50 fő volt azon személyek száma, akik 50-55 év közöttiek, 42 fő volt 56-60 év kor közötti, és 55 fő volt 61-65 éves kor között. A vizsgálati mintában 2-en a fővárosban (1%), 179-en megyei jogú városban (85 %), 14-en egyéb városban (7 %), 15-en községben vagy faluban (7 %) laktak. Családi állapotukat tekintve a válaszolók közül 126-an házasságban, 13-an élet társi kapcsolatban éltek, 58-an egyedülállóak. 13-an az „egyéb” lehetőséget jelölték. A vizsgált személyek legmagasabb iskolai végzettségét tekintve a következő eredmények születtek: 5-en kevesebb, mint 8 általános iskolai osztályt, 19-en legfeljebb 8 osztályt, 38-an szakmunkásképzőt vagy szakiskolát, 88-an szakközépiskolát vagy gimnáziumot, 60-an pedig főiskolát vagy egyetemet végeztek. (I. táblázat)

I. táblázat: Demográfiai adatok összefoglaló táblázata

Demográfiai tényezők		Fő	%
Nem			
	Férfi	65	31 %
	Nő	145	69 %
Életkor			
	50-55 év	50	23,8 %
	56-60 év	42	20 %
	61-65 év	55	26,2 %
	66-70 év	63	30 %
Lakóhely			
	Főváros	2	1 %
	Megyei jogú város	179	85,2 %
	Egyéb város	14	6,7 %
	Község, falu	15	7,1 %
Családi állapot			
	Házas	126	60 %
	Élettársi kapcsolat	13	6,2 %
	Egyedülálló	58	27,6 %
	Egyéb	13	6,2 %
Iskolai végzettség			
	Kevesebb, mint 8 általános	5	2,4 %
	Legfeljebb 8 általános	19	9 %
	Szakközépiskola, szakiskola	38	18,1 %
	Szakközépiskola, gimnázium	88	41,9 %
	Főiskola, egyetem	60	28,6 %
Összesen		210	100 %

A hipotézisek vizsgálatakor a következő eredmények születtek

Az első hipotézis, mely szerint a vizsgált populáció több mint 70%-a nem ismeri a kolorektális szűrés lehetőségeit, és több mint 75%-a nem is vett részt benne korábban, nem teljesült. Statisztikai próbák alapján a vizsgált alanyok ugyanis a hipotézisben megfogalmazott 70%-nál alacsonyabb arányban, 8,1%-ban nem hallottak még a vastagbél-, végbéldaganat szűréséről ($p < 0,001$). A vizsgált 70%-tól jelentősen eltérő, 50,5%-ban válaszolták azt, hogy nem is ismerik ezeket a lehetőségeket ($p < 0,001$), továbbá 33,3%-ban válaszolták azt, hogy nem ismerik a felsorolt kolorektális szűrési lehetőségeket (FOBT, Colonoscopia) ($p < 0,001$). A megkérdezettek tehát tájékozottabbak voltak a feltételezettnél.

A vizsgált mintában a válaszolók 70%-a nem járt még vastagbél- végbélszűrésen, ez pedig a feltételezett 75%-tól szignifikánsan nem tér el ($p = 0,058$). 63% válaszolta azt, hogy még nem vett részt a felsorolt kolorektális szűréseken (FOBT szűrés, vastagbél-, végbéltükrözés), amely ($p < 0,001$) kisebb, mint a feltételezett 75%. A kapott adatok alapján nem állapítható meg egyértelműen, illetve a válaszok nem konzekvensek abban a kérdésben, hogy a vizsgálatban résztvevők milyen arányban vettek részt a kolorektális szűréseken. **(II. táblázat)**

A második hipotézis esetében, mely szerint a vizsgálatban résztvevő személyek több mint 60%-a hatékonynak tartja a szűrővizsgálattal kapcsolatos tájékoztatási módszereket, illetve a válaszadók több mint 70%-a a számára megfelelő forrás által értesült a szűrővizsgálati lehetőségekről, nem teljesült. A válaszadók jelentős többsége, 86,7%-a hatékonynak találta ugyan a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatási módszereket ($p < 0,001$), mindösszesen 26,6% volt azoknak a vizsgálati személyeknek a százaléka, akik az általuk elvárt forrásból kapták az információkat, és ez a hipotézisben szereplő 70%-nál jelentősen kisebb ($p < 0,001$). Érdekeség, hogy a családtagok szerepe az elvártnál sokkal nagyobbak mutatkozott. 51 esetben várták volna valamely családtaguktól az információt, de 136 esetben kapták tőlük.

A harmadik feltételezés, amely szerint a vizsgálatban részt vevő, korábban vastagbél-tükrözésen át nem esett személyek, több, mint 60%-a a panaszmentesség, és a vizsgálat fájdalmasnak ítéltése miatt nem venne részt vastagbél tükrözéses vizsgálaton, és több mint 80 %-uk a non invazív vizsgálatokat részesíti előnyben, nem igazolódott. Statisztikai próba alapján a hipotézisben sze-

II. táblázat: Az első hipotézis kérdéseire adott válaszok leíró statisztikája

	Fő	%
Hallott-e a vastagbél-, végbéldaganat szűrésének lehetőségeiről?		
Igen	193	91,9%
Nem	17	8,1%
Milyen vastagbél-, végbél vizsgálati módszereket ismer? (FOBT, Colonoscopia válaszai)		
Ismeri	140	66,7%
Nem ismeri	70	33,3%
Milyen jellegű szűrővizsgálatokon járt korábban? (Vastagbél-, végbélszűrés)		
Járt	63	30%
Nem járt	147	70%
Mely szűrővizsgálati módszereket ismeri az alábbiak közül? (Vastagbél-, végbélszűrés)		
Ismeri	104	49,5%
Nem ismeri	106	50,5%
Kérem jelölje be, mikor, milyen vastagbél-, végbélszűrő, illetve fennálló panasz esetén végzendő vizsgálatokon vett részt! (FOBT, Colonoscopia)		
Részt vett	77	36,7%
Nem vett részt	133	63,3%
Összesen	210	100%

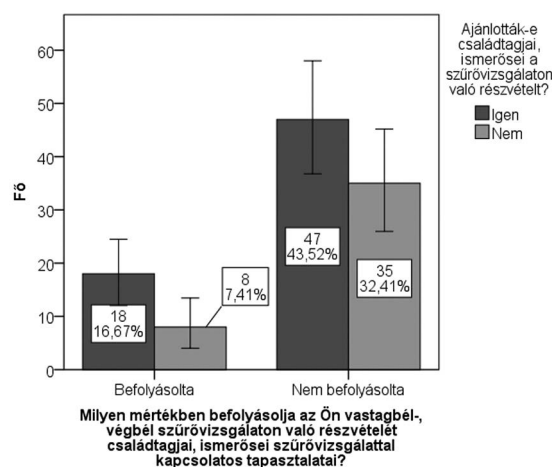
replő 60%-nál többen, 66,7%-ban a panaszok hiánya miatt ($p=0,001$) nem vennének részt szűrővizsgálaton, de csak nagyon kevesen, a válaszadók mintegy 14%-a kerülne el a vizsgálatot a fájdalom miatt ($p<0,001$). 132-en (89,8%) a nem invazív módszereket részesítik előnyben ($p=0,001$).

A vizsgált személyek nagy része ugyan a nem invazív vizsgálatokat részesíti előnyben, és a panaszok hiánya miatt nem menne el szűrővizsgálatra, legtöbbjük nem fél attól, hogy ezek a vizsgálatok fájdalmasak lennének.

A negyedik feltételezés, amely szerint a vizsgált személyek több mint 70 %-nak valamely közeli hozzátartozója átesett CRC szűrővizsgálaton (székletbeli rejtett vérzés kimutatására szolgáló vizsgálat, vastagbél-, végbéltükrözés), amely kedvezően befolyásolja a vizsgálni kívánt személyek szűrővizsgálatokon való részvételét, nem igazolódott. A vizsgált személyek válasza szerint ugyanis a vártnál sokkal alacsonyabb számban vett részt valamely rokonuk CRC szűrésen, és nem befolyásolta őket a rokonok tapasztalata, vagy véleménye. Statisztikai próbák alapján a feltételezettnél alacsonyabb számban, csupán 51,4%-ban válaszolták

azt, hogy valamely családtagjuk átesett CRC szűrővizsgálaton ($p<0,001$). Nem függött a vizsgálat fajtájától az, hogy a szóban forgó rokon hasznosnak találta-e a szűrés (Khi-négyzet= $0,697$; $p=0,874$), továbbá nem befolyásolta a megkérdezetteket, hogy a rokonuk milyen véleménnyel volt a szűrővizsgálatról ($p=0,136$), vagy ajánlotta-e azt ($p=0,198$). (1. ábra, III. táblázat)

1. ábra. Ismerősök ajánlásainak és tapasztalataik hatásának kapcsolata



III. táblázat: Ismerősök CRC részvételének és véleményüknek keresztábrája

		Kérném, jelölje be, az alábbiak közül mely vastagbél-, végbéldaganat szűrésre szolgáló vizsgálatokon jelentek meg családtagjai, ismerősei!				Összesen
		FOBT szűrés	Vastagbél, végbéltükrözés	Egyiken sem vett részt	Mindegyiken részt vett	
Milyen véleménnyel voltak a szűrővizsgálatokon átesett családtagjai, ismerősei a vizsgálatokról?	Hasznosnak találták a vizsgálatot	25	90	656	37	808
	Nem tartották hasznosnak a vizsgálatot	4	11	38	2	55
Összesen		29	101	694	39	863

Az ötödik hipotézis, mely szerint a vizsgálatban résztvevő személyek több mint 65 %-ának véleménye szerint az átlag rizikóval rendelkező populáció egy részét (vizsgált személyt, ismerőseit, vizsgált személy környezetében élő hasonló korú embereket) motiválni lehetne a vastagbél tükrözéses vizsgálatban történő részvételre, de csak kevesebb, mint 40%-a venne részt az e célból végzett, vizsgálatra felkészítő endoszkópos laborlátogatáson, teljesült. A válaszadók szerint ugyanis környezetük motiválható a szűrővizsgálaton való részvételre, de a megelőző laborlátogatáson csak kevesen vennének részt. Statisztikai vizsgálatok alapján a minta 94%-a szerint motiválhatóak lennének a körülöttük élők a szűrővizsgálaton való részvételre, amely szignifikánsan több mint a hipotézisben említett 65% ($p < 0,001$). A vizsgálatban részt vevők csupán 34.3% venne részt vizsgálatra felkészítő endoszkópos laborlátogatáson, amely eredmény az előzetes feltételezéssel megegyezik ($p = 0,052$).

Megbeszélés

A kolorektális karcinóma súlyos népegészségügyi probléma, melynek morbiditását és mortalitását elsősorban a prevenció szűrőstratégiák alkalmazásának segítségével csökkenthetjük. Szakirodalmi kutatások adatai igazolják, hogy a jelenleg rendelkezésre álló, CRC szűrésre alkalmas vizsgálati módszerek rendszeres, ajánlások szerinti elvégzésével

a korai rákmegelőző állapotok időben felismerhetőek, lehetőséget adva ezzel a CRC kialakulásának megelőzésére, illetve mielőbbi kezelésére. Ahhoz azonban, hogy a szűrővizsgálatok meghozzák a várt eredményeket, vagyis csökkentsék a CRC incidenciáját és mortalitását, szükség van arra, hogy az átlag rizikóval rendelkező egyének közül minél többen, és az ajánlások szerinti rendszerességgel vegyék igénybe azokat.

A kutatás célja volt felmérni, hogy melyek azok a tényezők, amelyek negatívan befolyásolták a győri lakosság egy részének szűrővizsgálatokon történő megjelenését. A kapott adatok elemzése során számos, az irodalmi kutatások eredményeivel megegyező, vagy hasonló, illetve teljesen eltérő eredmény született. Az eredmények ismeretét, szakirodalmi adatokkal történő összehasonlítását a CRC szűrési részvételt befolyásoló, módosítható és nem módosítható tényezők csoportosítása mentén ismerteti a közlemény.

Nem módosítható, befolyásoló tényezők vizsgálatának eredményei

A felmérésben részt vevő egyének ($n = 210$ fő) közül a CRC szűrésen megjelent személyek száma 63 fő volt, 19 férfi, és 44 nő. Habár a kapott elemszám némileg kevesnek mondható, eredményei, amennyiben a szűrővizsgálatok módszerét nem nevezzük meg, az irodalmi kutatások eredményeitől eltérőek (Gimeno Garcia, 2012), ugyanis a

női résztvevők száma (44 fő) a CRC szűrést illetően magasabb, mint a férfiaké (19 fő).

A nem invazív (FOBT), és invazív szűrő-módszerek (kolonoszkópia) részvételi arányát, valamint a nemek arányát összevetve megfigyelhető, hogy a női résztvevők száma mind az invazív, mind a nem invazív szűréseket tekintve magasabb (FOBT: 39 fő, kolonoszkópia: 32 fő), mint a férfiaké (FOBT: 15 fő, kolonoszkópia: 11 fő), amely szintén eltérést mutat a külföldi tanulmányok adataival szemben, ahol az invazív vizsgálatok „kedvelői” inkább a férfiak voltak. (Gimeno Garcia, 2012)

A CRC szűrési részvételt összevetve a vizsgálatban részt vevők (n= 63 fő) életkorával megfigyelhető, hogy a legnagyobb számban a 61-65 év közöttiek (22 fő, 40 %-os részvételi arány) vettek részt a kolorektális rákszűréseken. Némileg kevesebb számban, de szintén magas részvételi arány figyelhető meg a 66-70 év közötti egyéneknél (20 fő, 31,74 %-os részvételi arány). A 60 évnél fiatalabb korosztály részvételi aránya (50-55 év közötti: 11 fő, 22 %-os részvételi arány; 56-60 év közötti: 10 fő, 23,8 %-os részvételi arány) viszont jelentősen elmarad az idősebb korosztályétól, amely az irodalmi adatokkal egyezést mutat. (Gimeno Garcia, 2012) (Hurtado et al., 2015) A fiatalabbak körében történő alacsonyabb szűrési részvétel oka feltehetően, hogy a fiatalok egészségesnek, kevésbé sebezhetőnek tartják magukat. (Hurtado et al., 2015)

A lakóhely és a CRC szűrési részvétel közötti összefüggés vizsgálatára, tekintettel arra, hogy a kutatás célpopulációját a győri lakosok képezték, nem került sor. Az eredmények (n=210 fő, városban élő lakosok=193 fő) ugyanis ezek alapján következtetések levonására nem alkalmasak.

A vizsgálatban résztvevő, CRC szűréseken átesett személyek (n=63 fő) családi állapotát tekintve megállapítható, hogy a házas emberek körében volt a legmagasabb a CRC szűréseken megjelentek száma (38 fő, 60 %-os részvételi arány), amely eredmény a külföldi kutatások eredményeivel megegyező (Gimeno Garcia, 2012) (Kotwal et al., 2016). A családi állapotot vizsgálva megfigyelhető azonban az is, hogy amennyiben azt a teljes vizsgált lakosság (n=210 fő) CRC szűrési

szűréseivel vetjük össze, a külföldi irodalmakkal szemben ellentmondásos eredményeket kapunk.

A vizsgálatban részt vett 210 főből 126 fő élt házasságban, 58 fő volt egyedülálló. A 126 fő házasságban 38 volt azoknak a száma, akik CRC szűréseken megjelentek, ez 30,1%-os részvételi arányt jelent. Az 58 fő egyedülálló személy CRC szűrési részvételi aránya 34,48 %-ot tett ki (20 fő), amely eredmény azt mutatja, hogy a vizsgált egyének (n=210 fő) közül az egyedülálló személyek vettek részt gyakrabban CRC szűréseken. Szignifikáns eltérés az összes elemszámot tekintve a házas és nem házas emberek CRC szűréseken történő megjelenésében nem mutatható ki.

A társadalmi-gazdasági tényezők közül az iskolai végzettség felmérésére került sor. A kérdőívet kitöltő (n=210 fő) egyének közül 88-an középiskolát végeztek. 60 fő volt az egyetem, 38 fő volt a szakmunkásképzőt, 19 fő volt a legfeljebb 8 általánost, és 5 fő volt a kevesebb, mint 8 általánost végzők száma. A CRC szűrési részvételi arány, amennyiben az összes elemszámot vizsgáljuk (n=210 fő), a kevesebb, mint 8 általánost végzettekénél (2 fő, 40 %-os részvételi arány), valamint előbbivel megegyező eredményben a főiskolát, egyetemet végzettekénél (24 fő, 40 %-os részvételi arány) volt a legmagasabb. A 2, illetve 24 fős adatok azonban következtetések levonására alkalmatlanok, így a 63 CRC szűréseken részt vett fő iskolai végzettségének megoszlását vesszük alapul, amely szerint a CRC szűrést látogatók között a legmagasabb számban a középiskolát (27 fő), illetve a főiskolát, egyetemet (24 fő) végzettek fordulnak elő. Elmondható tehát, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők gyakrabban vesznek részt szűréseken, mint az alacsonyabb iskolát végzettek, amely megállapítás a szakirodalmi kutatások megállapításaival megegyező. (Gimeno Garcia, 2012)

A nem módosítható, befolyásoló tényezők utolsó szempontja a családi érintettség vizsgálata, amely több oldalról is megközelítésre került. A kutatás eredményei szerint a vizsgált egyének (n=210 fő) 51,4 %-ánál (108 fő) fordult elő, hogy korábban részt vett valamely családtagja a kolorektális rákszűrési

sen. A CRC szűrésen megjelent családtagok 60,2%-a (65 fő) ajánlotta mindösszesen a CRC szűrési részvételt hozzátartozójának, vagyis a vizsgált egyénnek. A családtagok szűréssel kapcsolatos tapasztalatai a vizsgálatban részt vevő egyének (108 fő) 41,7%-át (45 fő) nem befolyásolja, 34,3 %-át (37 fő) közepesen befolyásolja, 24,1%-át (26 fő) pedig nagymértékben befolyásolja a CRC szűrési részvétellel kapcsolatban meghozott döntésében.

Azoknak a személyeknek (n=108 fő), akiknek családtagjuk átesett CRC szűrésen, 41,7%-a (45 fő) vett részt kolorektális rákszűrésen, 58,3%-a (63 fő) pedig nem. A CRC szűrésen részt vettek (45 fő) 17,8 %-a (8 fő) nyilatkozta, hogy befolyásolja a család CRC szűrésen szerzett tapasztalata a szűrési részvételben, 53,35%-ukat (24 fő) viszont nem befolyásolja. A CRC szűrésben nem részesültek (63 fő) 28,6 %-a (18 fő) vallotta, hogy a családi vélemények befolyásolják a döntéshozatalban, 33,3%-ukat (21 fő) pedig nem érdekli a családtagok szűréssel kapcsolatos tapasztalatai. Az eredményeket áttekintve összességében elmondható, hogy a családtagok szűrési részvétele nem befolyásolja az egyének CRC szűrésen történő részvételét, amely a különböző, a család pozitív befolyásoló szerepét kiemelő tanulmányoknak ellentmond. Habár pontos irodalmi adatokkal e téren nem rendelkezünk, Katz és társai 2012-ben megjelent tanulmánya szerint az egyének szűrési részvételi döntéshozatalában kiemelt szerepe van a családnak, vagyis a család ajánlása elősegítheti a pozitív döntéshozatalt. (Katz et al., 2012)

Módosítható, befolyásoló tényezők szerepének vizsgálata

Elsőként az információszerzéssel kapcsolatos tényezők kerülnek bemutatásra. A kérdőív segítségével ismeretek szerezhetőek arról, hogy a vizsgálatban résztvevő egyének kitől kaptak, illetve kitől várnának tájékoztatást a CRC szűrés módszereiről.

A kapott adatok azt mutatják, hogy a tájékoztatásban kiemelt szerepe volt a háziorvosnak (113 fő esetén), valamint a médiának (50 fő esetén), illetve a szakorvosnak (46 fő esetén). A barátoktól (25 fő esetén), családta-

goktól (25 fő esetén), és szakdolgozóktól (23 fő esetén) történt információszerzés viszont elenyésző. 33 fő nyilatkozta, hogy nem kapott tájékoztatást a CRC szűrés módszereiről.

A vizsgált egyének legnagyobb része a szűrővizsgálatokra történő felhívást a háziorvostól (167 fő) várná. 83 fő a médiát, 74 fő a szakorvost jelölte, mint kívánt információszerzési forrást. Mindösszesen 28 volt azon személyeknek a száma, akik a CRC szűrés módszereiről szóló felhívást a szakdolgozóktól várnák. 17 fő a családtagoktól, és 13 fő a barátoktól is elvárná, hogy informálják a szűrési lehetőségekről, illetve, hogy felhívják rá a figyelmüket. Összehasonlítva az információszerzés forrását, és az ezzel kapcsolatos elvárást megállapítható, hogy a válaszadók nem minden esetben kapják információikat az elvárt forrásokból. A háziorvos információátadási, felhívó szerepe azonban kiemelten jelentős, melyet irodalmi kutatások adatai is alátámasztanak. (Spruce & Sanford, 2012)

A vizsgált személyek által leggyakrabban látogatott szűrővizsgálat a tüdőszűrés (196 fő), az emlőszűrés (129 fő), valamint a méhnyakrák szűrés (101 fő) volt. 63 fő vett részt a kolorektális rákszűrésen, 32 fő a prosztatatarák szűrésen, 46-an pedig a melanóma szűrésen. A részvételi számok azt mutatják, hogy azok a szűrővizsgálati módszerek, amelyek non invazívak, kedveltebbek. Ezt alátámasztja a kérdőívben szereplő, erre vonatkozó kérdés eredménye is, mely szerint a vizsgált egyének 87 %-a (183 fő: férfi 57 fő, nő 126 fő) a nem invazív vizsgálatokat részesíti előnyben.

Az egyéb szűrővizsgálati módszerek részvételi arányát összehasonlítva a CRC szűrés részvételi arányaival megfigyelhető, hogy azok a személyek, akik CRC szűrésen részt vettek, milyen számban látogatták az egyéb szűréseket, illetve jelentős különbség figyelhető-e meg a CRC szűrésen résztvevők, és nem résztvevők egyéb szűrési részvételeiben. A CRC szűrésen részt vettek (63 fő) 95 %-a (60 fő) járt tüdőszűrésen, 23,8 %-a (15 fő) látogatott el melanóma szűrésre, 62 %-a (39 fő) vette igénybe az emlőszűrést, 49 %-ánál (31 fő) történt méhnyakrákszűrés, illetve 19 %-a (12 fő) ment el prosztatatarák szűrésre. A

kolorektális szűrésen nem jártak (147 fő) 92 %-a (136 fő) volt tüdőszűrésen, 21,1 %-a (31 fő) vett részt melanóma szűrésen, 61 %-a (90 fő) látogatott el emlőszűrésre, 47,6 %-a (70 fő) vette igénybe a méhnyakrákszűrést, illetve 13,6 %-a (20 fő) járt prosztataszűrésen. A kutatás adatai alapján megállapítható, hogy jelentős különbség a tekintetben, hogy az egyének CRC szűrésen részt vettek, vagy nem vettek részt, és az egyéb szűrővizsgálatokat milyen arányban látogatták, nincsen.

Vizsgálható továbbá az is, hogy azok a személyek, akik valamilyen szűrésen részt vettek már korábban, milyen arányban látogatták a kolorektális szűréseket. Azok a személyek, akik tüdőszűrésen jártak (196 fő), 30,6 %-ban (60 fő) látogatták a CRC szűrést. A melanóma szűrésen részt vettek (46 fő) 32,6 %-a (15 fő) volt CRC szűrésen is. Az emlőszűrésen korábban megjelentek (129 fő) 30,2 %-a (39 fő) vette igénybe a CRC szűrést. A méhnyakrákszűrésre ellátogatottak (101 fő) 30,69 %-a (31 fő) vett részt CRC szűrésen. A prosztatatarák szűrésen (32 fő) részt vettek 37,5 %-a (12 fő) vette igénybe a kolorektális szűrést. A kapott adatok alapján elmondható, hogy azok a személyek, akik korábban már részt vettek valamilyen szűrővizsgálaton, nem vettek részt nagyobb számban a CRC szűrésen. Egyes tanulmányok azonban azt vallják, hogy azok a személyek, akik más szűrővizsgálatokon is részt vettek már, nagyobb valószínűséggel vesznek részt a CRC szűrésen. (Gimeno Garcia, 2012) (Gregory et al., 2011)

Ami a CRC szűrést, elsősorban a vastagbéltükrözést illeti, a vizsgált egyének (n=210 fő) 62,86 %-a (132 fő) nyilatkozta, hogy a későbbiekben sem venne részt rajta. Döntésük okáért a panaszok hiányát (84 fő), a vizsgálatról való félelmet (37 fő), a vizsgálat fájdalmasnak ítéletét (23 fő), a vizsgálatról hallott negatív információk meglétét (10 fő), a szövegményektől való félelmet (8 fő), a vizsgálat eredményétől való félelmet (8 fő), illetve a nem elegendő mennyiségű információval való rendelkezést (5 fő) tették felelőssé. 12 fő nem tartja szükségesnek a vizsgálatot, azért nem menne el a szűrésre.

Hasonló tanulmány készült az egyének döntését befolyásoló pro és kontra érvekből. A kutatásban részt vevő egyének nagyobb szá-

ma a hasi fájdalom hiányát, és a hiányos tudást jelölte, mint döntését befolyásoló negatív tényezőt. (Dam et al., 2013) Jelen vizsgálat és az említett tanulmány tapasztalata is azt igazolja, hogy a CRC szűrési részvétel növelésének kulcsa a populáció megfelelő tájékoztatása. (Basch et al., 2016) (Katz et al., 2012)

A vizsgálatban részt vevő egyének életmódját vizsgálva megállapítható, hogy bár a kitöltők 70 %-a egészségesnek vallja magát, nem követi a megelőzésre szolgáló ajánlásokat. 39 %-uk ugyanis elhízott, 20,9 %-uk rendszertelenül táplálkozik, 34,8 %-uk pedig mozgásszegény életmódot folytat. Mindezek mellett megfigyelhető a halmozott egészségkárosító tényezők együttes megléte is, illetve az, hogy az egyének kevesebb, mint fele változtatna csak életmódján a megelőzés érdekében. Az egészségtelen életmód pedig a CRC morbiditás rizikóját növeli, amelyet több kutatás is alátámaszt. (Gimeno Garcia, 2012)

Következtetések

Napjaink egyik nagy kihívása a kolorektális daganatos megbetegedések kialakulásának és halálzásának a csökkentése. Habár a daganat incidenciáját csökkentő módszerek, mint a preventív szűrővizsgálatok rendelkezésünkre állnak, a CRC-s megbetegedések száma, és letalitása folyamatos növekedést mutat. Ennek okait mind a mai napig számtalan tanulmány vizsgálja. A növekvő beteglétszám, és halálzás egyik fő okának a daganatos megbetegedések megelőzését szolgáló szűrővizsgálati módszerek kihasználtságát, illetve lakosok általi elutasítását gondolják. Az e témában fellelt irodalmak egy részének áttekintését követően megállapítható, hogy bár rengeteg szakirodalom és javaslat fogalmazódott már meg a témával kapcsolatban, nem született még olyan megoldás, amely a szűrővizsgálatok részvételi arányát növelné.

Ennek értelmében jelen kutatómunka célja volt a lakosság kolorektális szűrővizsgálatokon történő részvételét befolyásoló tényezők felmérése, valamint ezek ismeretében olyan javaslatok megfogalmazása, amelyek hozzájárulhatnak a preventív stratégiák haté-

konyságának, és ez által a lakosok szűrési részvételének növekedéséhez.

A kutatás eredményei rávilágítanak arra, hogy a lakosok nem rendelkeznek elegendő információval sem a kolorektális karcinómát, sem pedig a szűrővizsgálati módszereket illetően, illetve sok esetben téves információkkal vannak ellátva azokkal kapcsolatban, amely oka az alacsony szűrővizsgálati látogatottságnak. Továbbá ellátásukra, elsősorban az alapellátásban történő gondozásukra sem fordítunk elegendő időt, melynek következménye szintén az informálatlanság, valamint az egészségtudatos magatartásra való nevelés elmaradása.

Az egyének megfelelő - számukra a teljesség igénye szerint történő, vagyis „hiánytalan” -, tájékoztatása, illetve egészségtudatosságra történő nevelése azonban nem csupán az alapellátás feladata, hanem minden egészségügyi ellátást végző személyé, melyre rávilágítanak a jelen vizsgálatban részt vevő személyek is, azzal, hogy a háziorvos mellett a szakorvos, illetve a szakdolgozó szűrésre történő felhívását is igénylik.

Az egészségügy mellett azonban kiemelt szerepe van még a prevencióban a társadalomnak is. Az egyének egymáshoz való hozzáállása, az egymás támogatása, ösztönzése rendkívül fontos tényezője, „mozgató rugója” lehet az egyének saját maguk által történő egészségtudatos magatartásra nevelésben, amely elősegítheti a prevenciószűrővizsgálatok részvételi arányának növekedését is.

A vizsgált egyének véleménye a szűrővizsgálati részvételre történő motiválhatóságról megegyezik az irodalmi kutatásokban leírtakkal, és a Szerző saját véleményével is, mely szerint a lakosok nagyobb része ösztönözhető a szűrővizsgálati részvételre.

A különböző, szűrővizsgálati részvételre motiváló módszerek – mint a média által közvetített CRC szűrő felhívásokat; a háziorvosi rendelésben, vagyis az alapellátás során történő megfelelő tájékoztatást és ajánlásokat; a betekintés nyeresét a vizsgálatot végző endoszkópos laborba; illetve a több, vizsgálaton átesett beteg véleményéről szóló interjú közzétételét – az irodalmi áttekintést követően fogalmazódtak meg. A kérdőíves felmérés segítségével a vizsgálatban résztve-

vők véleménye is megkérdezésre került arról, hogy mely javasolt módszereket találnák hatékonyaknak, illetve milyen egyéb módszereket, motiváló eszközöket javasolnának ezeken felül.

A vizsgálatban részt vevők véleménye szerint őket, illetve a környezetükben élő, hasonló korú személyeket leginkább a háziorvosi rendelésen történő megfelelő tájékoztatás, illetve ajánlás révén lehetne motiválni a CRC szűrésen (vastagbélükrözés) történő részvételre, de nem zárkóztak el a többi lehetőségtől sem, illetve egyéb lehetőségeket is megfogalmaztak, mint például az egészségbiztosító rendszerek bevonását, a személyre szóló meghívásokat, a vizsgálat kötelezővé tételét, illetve a tömegkommunikációs eszközökre érkező felhívásokat.

A válaszadók véleményeit olvasva megállapítható, hogy a vizsgált egyének számára fontos a tájékoztatást nyújtó szakemberekkel történő személyes találkozás, az egyénre szabott tájékoztatás, a sok oldalról történő informálás, illetve „egészségi állapotuk” nyomon követése.

Javaslatok

Jelen közlemény következtetések című pontjában már említést tettünk arra vonatkozóan, hogy mely módszerek alkalmazásával lehetne motiválni a lakosokat a kolorektális szűrőprogramokon történő részvételre, melyek közül néhányat a következő sorok részletesen, a gyakorlatban történő megvalósíthatóságukkal együtt mutatnak be.

Első, a Szerző által megfogalmazott javaslat a háziorvosi rendelésben történő megfelelő tájékoztatással kapcsolatos. A háziorvosnak ugyanis – mint ahogyan azt jelen kutatás, és egyéb tanulmányok is igazolták – kulcsfontosságú, központi szerepe van a megelőzésben, amely a háziorvos és a páciens között kialakult személyes, bizalmi kapcsolatnak tudható be. Az alapellátást végző háziorvosok száma napjainkban azonban egyre kevesebb, az 1-1 körzethez tartozó lakosok száma viszont nagyon magas, amely nem teszi lehetővé, hogy az egyének a háziorvossal történő személyes találkozás so-

rán adekvát tájékoztatást kapjanak a CRC-ről, illetve a megelőzéséről, valamint az ezzel kapcsolatos egyéb, őket érdeklő információkról. Egy megoldás lehetne azonban, ha a háziorvos mellé egy kizárólag a prevencióval, és a betegek nyomon követésével foglalkozó személyt helyeznének, aki a háziorvosi rendeléssel egy időben töltene munkáját, és akit a háziorvos ajánlásával látogathatnának az egyének. Mivel a háziorvos ajánlása az egyének számára fontos, az egyént a háziorvos mutathatná be a prevencióval foglalkozó egészségügyi végzettséggel rendelkező személynek, aki ezt követően megkezdhetné munkáját.

Következő javaslat az endoszkópos laborlátogatások létrehozása, és megszervezése, melynek célja a betegek motiválása az endoszkópos vizsgálaton történő részvételre, valamint a vizsgálattal kapcsolatos tévhitek eloszlatása által a „lemorzsolódás” veszélyének elkerülése.

Az endoszkópos laborlátogatás lehetősége, illetve előnyeire a háziorvos hívhatná fel a betegek figyelmét. Az endoszkópos laborlátogatásokon elsősorban azok a személyek vehetnének részt - maximum egy kísérelővel - akik nem negatív FOBT teszttel rendelkeznek, illetve CRC szűrés szempontjából az átlag rizikócsoportba tartoznak. Azok a betegek, akik úgy döntenek, hogy részt venne a laborlátogatáson, felkerülnének egy előzetes listára, amelyet akkor véglegesítenének, ha megvan a betegek vizsgálati időpontja. A laborlátogatásnak körülbelül két héttel a tervezett vizsgálat előtt kellene megtörténnie, hogy a betegeknek legyen idejük a tájékozott döntést meghozni. A laborlátogatások kis csoportokban, körülbelül 10 fővel zajlanának, hetente egyszer-kétszer, vagy igény és lehetőség szerint gyakrabban. A látogatások idejét a háziorvos az endoszkópos vizsgálatokat végző labor vezetőjével egyeztetné, melyet követően a betegek névsorát a

teszteredményekkel együtt eljuttatná neki. A laborlátogatás időpontját a betegekkel a háziorvos egyeztetné, vagy személyre szóló levélben kiküldhetné.

Mint azt a jelen kutatás is mutatja, számos lehetőség van arra, hogy a betegek szűrési részvétellel kapcsolatos döntését pozitívan befolyásoljuk. A cél elérése érdekében azonban fontos, hogy ezeket a gyakorlatban mielőbb megvalósítsuk.

Összefoglalás

A kutatás a győri lakosság egy részének körében történt, mely során kérdőíves módszer segítségével felmérésre kerültek azok a tényezők, amelyek a lakosok CRC szűrési részvételét befolyásolják. A kapott adatok elemzésével és a hipotézisek vizsgálatával megállapítható, hogy az egyének CRC szűréssel kapcsolatos döntéshozatalát döntően informáltságuk, a vizsgálatokkal kapcsolatos tévhitük, valamint a szűrővizsgálatokhoz való hozzáállásuk határozza meg. Mindezek mellett az eredmények által arra is választ kaptunk, hogy melyek azok a módszerek, amelyekkel az egyének szűrési részvételre történő motiválása hatékony lehetne.

Összességében tehát elmondható, hogy a szűrőprogramok hatékony működéséhez elengedhetetlen a célpopuláció előzetes, adekvát informálása, amely nem csupán a szűrővizsgálati módszerekről történő tájékoztatást kell, hogy magába foglalja, hanem mindezek mellett magáról a betegségről, vagyis a kolorektális karcinómáról szóló információkat is. Fontos, hogy a betegek a prevenció lényegét is megismerjék, és ne csak akkor vegyék igénybe a szűrővizsgálatokat, amikor már tünet, vagy panasz jelentkezik, hiszen az már egy előrehaladott folyamat eredménye is lehet.

Irodalomjegyzék

1. Basch, C.H., Basch, C.E., Zybert, P., & Wolf, R.L. (2016). Failure of Colonoscopy Knowledge to Predict Colonoscopy Uptake. *J Community Health*. doi:10.1007/s10900-016-0194-6
2. Gimeno García, A.Z. (2012). Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 8 pages. doi:10.1155/2012/483417
3. Gregory, T.A., Wilson, C., Duncan, A., Turnbull, D., Cole, S.R., & Young, G. (2011). Demographic, social cognitive and social ecological predictors of intention and participation in screening for colorectal cancer. *BMC Public Health*, 11, 38. doi:10.1186/1471-2458-11-38
4. Hurtado, J.L., Bacigalupe, A., Calvo, M., Esnaola, S., Mendizabal, N., Portillo, I., ...Arana-Arri, E. (2015). Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health*, 15, 1021. doi:10.1186/s12889-015-2370-5
5. Katz, M.L., Broder-Oldach, B., Fisher, J.L., King, J., Eubanks, K., Fleming, K., & Paskett, E.D. (2012). Patient-provider discussions about colorectal cancer screening: who initiates elements of informed decision making? *J Gen Intern Med.*, 27(9), 1135-41. doi:10.1007/s11606-012-2045-1
6. Kotwal, A.A., Lauderdale, D.S., Waite, L.J., & Dale, W. (2016). Differences between husbands and wives in colonoscopy use: Results from a national sample of married couples. *Preventive Medicine*, 88, 46-52. doi:10.1016/j.ypmed.2016.03.011
7. Spruce, L.R., & Sanford, J.T. (2012). An intervention to change the approach to colorectal cancer screening in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 4(24), 167-174. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00714.x
8. van Dam, L., Korfage, I.J., Kuipers, E.J., Hol, L., van Roon, A.H.C., Reijerink, J.C.I.Y., ...van Leerdam, M.E. (2013). What influences the decision to participate in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing and sigmoidoscopy? *European Journal of Cancer*, 10(49), 2321-2330. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2013.03.007

A MESZK ORSZÁGOS SZERVEZETE
ÉS
A MESZK SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG MEGYEI
TERÜLETI SZERVEZETE

2017 őszén, Nyíregyházán
rendezi meg

az

**Egészségügyi Szakdolgozók Második Alapellátási
Konferenciája**
c. pontszerző rendezvényt.

Absztrakt beküldési határidő: 2017. február 28.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a www.meszk.hu
honlapon keresztül érhető el.

A transzkulturális ápolástudomány alapjai

Martin ČERVENÝ

Összefoglalás

A publikáció a transzkulturális ápolás alapfogalmaival foglalkozik. Célja, hogy megismertesse és felhívja az ápolók figyelmét a transzkulturális ápolástan fontosságára, amelynek alapjait Dr. Madeleine Leininger (1925–2012) fektette le.

Kulcsszavak: Transzkultúra, Ápolástan, Ápolási modell.

The fundamental concepts of transcultural nursing

Martin ČERVENÝ

Summary

This publication is focused on fundamental concepts of transcultural nursing. It aims to raise awareness of nurses the importance of transcultural nursing. The founder of transcultural nursing is Madeleine M. Leininger (1925–2012).

Key words: Transculture, Nursing, Nursing Model.

Beérkezett: 2016. szeptember 29. Elfogadva: 2016. október 11.

Bevezetés

A modern kori népvándorlás rengeteg, sok nehézség elé állítja az ápolókat szerte Európában. A XX. század felében, Amerikában egy pszichiátriai szakápoló megfigyelése új ismeretekkel bővítette az ápolást az eltérő kultúrájú pácienseknél. Dr. Madeliene Leininger Suttone-ban született az Amerikai Egyesült Államokban. Hanzlíková (2011) írja, hogy ápolói végzettséget a Denveri Szent Antal Egészségügyi iskolán szerzett. Később főiskolai végzettséget az Atchisone Benedictine Collage-on. Tanulmányai befejeztével munkát vállalt egy sebészeti osztályon majd a Szent József Kórház elmeosztályán lett főápoló. Itt kezdte el megfigyeléseit a kultúra hatásáról az egészségügyben. Egyetemi tanulmányai befejeztével MSc végzettséget szerzett a Washingtoni Katolikus Egyetemen. Itt döntötte el, hogy jelentkezni fog a doktorandusz képzésre, kulturális antropológiából. Gyakorlaton Pápua Új-Guinea-ban volt,

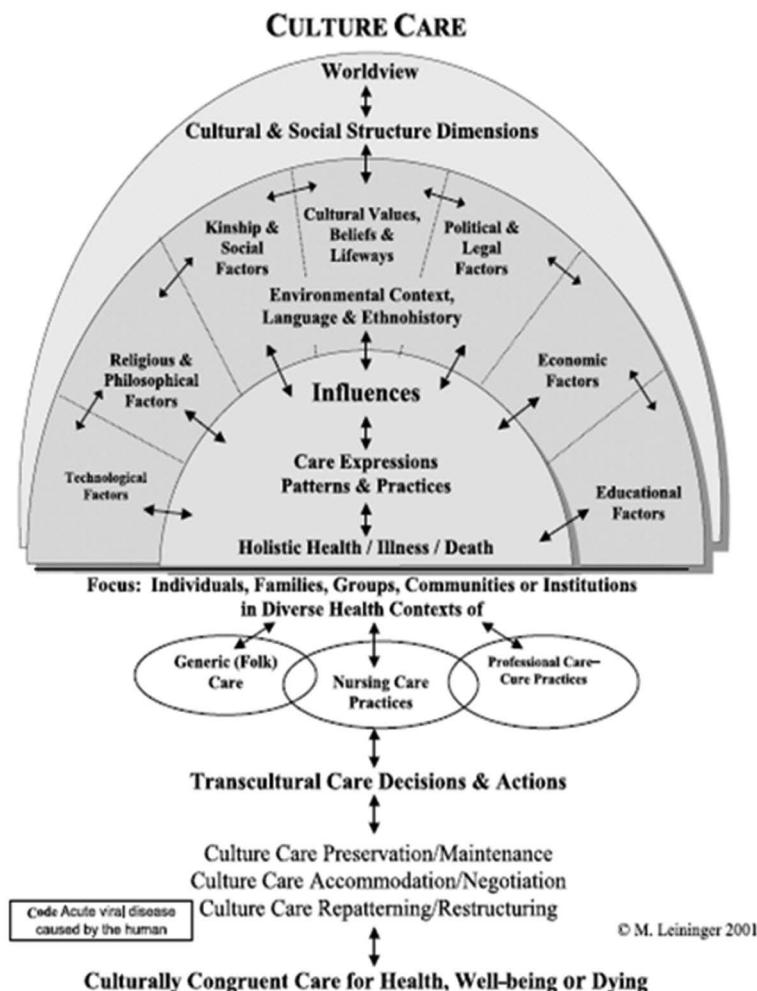
ahol mindössze két évet töltött az őslakosok megfigyelésével. Ezen megfigyelések alapján alkotta meg kvalitatív kutatási módszerét (etnonursing research). Ez az ápoláskutatósi módszer volt az első olyan, ami az ápolási jelenségek kulturális háttérét vizsgálta (Nemčeková, Špirudová, 2007, Andrews, Boyle, 2012).

Az 1978 és 1980-as években publikálta ápolási modelljét. Klinikai praxisa során megfigyelte, hogy egyes eltérő kultúrából származó páciensek, másképpen reagálnak a kezelésekre, mint a hasonló betegségekben kezelt társaik, bár ők a kulturális többséghez tartoztak. Ezen a tapasztalatok alapján végzett különböző vizsgálatokat, melynek fő célja az volt, hogy a kultúra hogyan befolyásolja az ápolási folyamatot az egyes pácienseknél. Kutatásai alapján alkotta meg az úgynevezett Napkelte modellt (The Sunrise model) amely a grafikai szerkezete szerint lett emlegetve. (1. ábra) Maga Dr. Leininger a teóriáját így nevezte Teória a kulturális ellátás sokféleségének és egyetemességének

Martin ČERVENÝ hallgató, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava, detaš. p. Bl. Sary Salkahazi, Rožňava

Levelező szerző (correspondent): Martin Červený, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n.o. Bratislava, detaš. p. Bl. Sary Salkahazi, Rožňava; elérhetőség: email: m.cervenym@gmail.com

1. ábra. (A napkelte modell grafikus ábrázolása - The Sunrise model, Forrás: Melo, 2013)



(VšZaSp, 2012). Dr. Leininger ápolás teóriáját úgy definiálta, mint a transzkulturális ápolás emberközpontú és a tudományos terület tanulmányozása és gyakorlata az ápolásban, amely a kultúrák közötti különbségekre és hasonlóságokra koncentrál. Az emberek kulturális értékeinek, hitének és gyakorlatának figyelembevételével használja ezt a tudást a speciális vagy kulturálisan kongruens ápolás biztosítására (Oláh, A et. al. 2012). Dr. Leininger ezt az ápolás modellt a páciens holisztikus megközelítésére alapozta meg.

Ennek az ápolói modellnek a célja, hogy a páciens világának megismerésével biztosítsa a holisztikus és kultúraspecifikus ellátást. Átfogó és nyitott módszert ajánl az egyén,

a család, a csoport, a közösség értékeléséhez (Farkašová, 2009).

A kulturális ápolás típusai Dr. Leininger szerint:

Kulturálisan következetes ellátást - Leininger (2006) szerint háromféleképpen lehet megvalósítani, attól függően, hogy a páciens milyen állapotban van, s melyek a fő problémái és szükségletei:

⇒ Kulturális ellátás, amely elősegíti az egészség visszaszerzését vagy megtartását

⇒ Kulturális ellátás, amely lehetővé teszi az adaptációt

⇒ Kulturális ellátás, amely elősegíti a változást.

Alapfogalmak, amelyekkel a transzkulturális ápolás során találkozhatunk

Kulturális ellátás: egy segítő, támogató, gondoskodó ellátási tevékenységre utal, középpontjában a páciens biopszicho-szociális és spirituális szükségletei.

Transzkulturális ápolástan: egy humán tudományág az ápolásról, melynek fő célja az egyén, csoportok és közösségek egészségtudatos szolgálata.

Kulturális sokk: olyan pszichikai stressz helyzeteket jelöl, mikor az egyén egy olyan környezetbe kerül, ami számára ismeretlen és idegen.

Domináns kultúra: az adott ország vidék meghatározó kultúráját jelmezi.

Subkultúra: a szubkultúra tagjai egy kisebb csoportot képeznek az adott domináns kultúrában (Kutnohorská, 2013).

Etnocentrizmus: W.G.Sumner írja, hogy az egocentrizmus az egoista civilizációs és kulturális felsőbbrendűség szemléletmódból keletkezik. (A. Gergely et. al. 2013)

Szocializáció: az egyén társadalmi beilleszkedésének folyamata. Társadalmi normák és szabályok elsajátítása az adott társadalomban.

Diszkrimináció: hátrányos megkülönböztetés a sztereotípiák és az előítéletek alapján. Egyik megnyilvánulása a fasizmus (Kutnohorská, 2013).

Összegzés

A globalizált világban az ápolók sokféle akadályba ütközhetnek az eltérő kultúrájú páciensek ellátásánál. Dr. Leininger korát meghaladva alkotta meg teóriáját, a transzkulturális ápolást. Ezt a teóriát alapul

véve több teoretikus továbbfejlesztette, mint például Giger és Davidhiraz: *Transcultural assessment modell* vagy Camphina-Bacote: *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*. Ezeknek a modelleknek az a célja, hogy az ápoló komplex ellátást tudjon biztosítani a pácienseknek, de legfőképpen azoknak, akik eltérő kultúrából származnak. Kiválóan fejleszti nemcsak az ápolástant, mint tudományt, hanem az ápolók személyiségét is. Ezért nagyon sok egyetemen oktatják a transzkulturális ápolást, hogy nyitott ápolókat tudjanak felkészíteni erre a hivatásra.

Irodalomjegyzék

1. A.GERGELY A., HAJDÚ G., PAPP R., SZÁSZ A., VARGA A. (2012): Antropológiai – etnológiai – kultúratudományi kislexikon. Budapest: MTA PTI Etnoregionális és Antropológiai Kutatóközpont. Hozzáférhető 2016. szeptember 20. <http://mek.oszk.hu/10200/10291/10291.pdf>, Szövegben hivatkozásként: (A. Gergely et. al. 2013).
2. ANDREWS, M., M., BOYLE, S., J., (2012): *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Szövegben hivatkozásként: (Andrews, Boyle, 2012).
3. FARKAŠOVÁ, D., (2009): *Ošetrovatelstvo - teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, c Szövegben hivatkozásként: (Farkašová, 2009).
4. HANZLÍKOVÁ, A., (2011): *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, Szövegben hivatkozásként: (Hanzlíková, 2011).
5. KUTNOHORSKÁ, J. (2013): *Multikulturální ošetrovatelství pro praxi* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., Szövegben hivatkozásként: (Kutnohorská, 2013).
6. LEININGER, M.M, AND MCFARLAND M.R. (2006): *Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory*, 2nd ed, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts, 2006, Szövegben hivatkozásként: (Leininger, 2006).
7. MELO, L. P. D. (2013): The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American Journal of Nursing Research*, Hozzáférhető 2016. szeptember 19. <http://pubs.sciepub.com/ajnr/1/1/3/> Szövegben hivatkozásként: (Melo, 2013).
8. NEMČEKOVÁ, M., ŠPIRUDOVÁ, L. (2007): *Leiningerovej teória kultúrnej zhodnej a rozdielnej starostlivosti založená na rôznorodosti a univerzálnosti*. In ŽIAKOVÁ, K. et. al. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, Szövegben hivatkozásként: (Nemčeková, Špirudová, 2007).
9. OLÁH, A. et. al. (2012): *Az ápolástudomány tanácskönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., Hozzáférhető 2016. szeptember 19. http://tamop.etk.pte.hu/apolastan/konyv/apolas-magyar_001.swf Szövegben hivatkozásként (Oláh, A et. al. 2012).
10. VŠZaSp sv. Alžbety Bratislava n. o. (2012): *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách* 2012. 1. vyd. Michalovce: Vydavateľstvo VŠZaSp sv. Alžbety Bratislava n. o. Detašované pracovisko Bl. Metoda D. Trčku Michalovce, Hozzáférhető 2016. szeptember 20. <http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/MI/zbornkMI.pdf>, Szövegben hivatkozásként: (VŠZaSp, 2012).



**Iratkozzon fel 2016-ban a
ME\$ZK havonta megjelenő
hírlevelére ÖN is!
Miért?**

Fri\$ információkat \$zolgáltatunk a hazai egészségügyi ágazatról

**Figyelemmel kísérheti az általunk \$ervezett \$zabandon vála\$ztható
továbbképzéseket (rendezvények, e-továbbképzés)**

Betekintést nyerhet a kamara életébe

**\$zemezgethet a ME\$ZK által kiadott, kéthavonta megjelenő
Nővér folyóirat illetve Hivatá\$unk Magazin korábbi \$zámaiból**

**Kizárólag kamarai tagtár\$ainknak \$zóló ajánlatokat teszünk közzé,
melyek folyamatosan bővülnek**

**Képet kaphat a bizto\$ításról, mely minden tagtár\$unkat egyaránt
megilleti**

**Belepillanthat a közte\$ületünk véleményezéseibe, javaslatainkba az
Emberi Erőforrá\$ok Mini\$teriuma által kiadott anyagokról**

**Bü\$zken mutatjuk be az általunk díjazottak eli\$meréseit,
kitünteté\$eit**

**feliratkozási link:
hirlevel@meszk.hu**

