

Levél az olvasókhoz egy tabu megtöréséről

Tisztelt Olvasóink!

Manapság az a szó, hogy „tabu” többnyire átvitt értelemben használatos, mint a kényes témák szóbahozásának tiltása. A történelem előtti időkben azonban az emberiség minden bizonnyal hitt a szó mágikus erejében, így megszületett a szómágia körébe tartozó tabu, ami valamely szó kimondását tiltja (például szellemek, istenségek, jelenségek és emberek nevét), ami a hiedelem szerint bajt hoz az emberekre.

A tabu célja természetesen sohasem a fogalom, hanem az azt jelölő név, a megnevezés kiiktatása volt a mindennapi életből. A tabu használatának szabályai általában szociálisan, területileg és időben pontosan behatárolhatók voltak.

Például Magyarországon a XX. század második felében általános érvényű volt a „rák”, „X.Y. rákos”, és főleg az „én rákos vagyok” kifejezések kiiktatása a mindennapi életből, bár az egészségi állapotra és a halálózásra vonatkozó statisztikák egyre riasztóbb adatokat közöltek a rákbetegségek hazai helyzetéről. Ebben az időszakban úgy tűnt, hogy *csak az egészségügyi ellátó szolgálat illetékességébe*, vagyis az orvosokra, ápolókra és más egészségügyi szakemberekre tartozik mind a „kényes téma”, mind pedig a rá vonatkozó lehetséges megoldások keresése.

Hogy a közbeszédben miért számított tabunak a „rák”, arra vonatkozóan több magyarázat is létezik, az egyik szerint az emberek számára a kifejezés olyasféle jelentést hordozott, hogy „úgysem lehet rajta segíteni, hamarosan meg fog halni, de addig még sokat fog szenvedni”. Fenntartotta a téma tabu jellegét többek között az is, hogy szigorúan vett *orvos-szakmai, ápolás-szakmai* kérdésből a „rák” csak lassan-lassan vált *szakmapolitikai* problémává (miközben a rákra vonatkozó kutatások eredményei, az orvosi és műszaki tudományok fejlődése, a diagnosztikus és terápiás lehetőségek bővülése, valamint a paramedikális tevékenységekkel folytatott team-munka következtében egyre jobbra váltak a betegek életesélyei).

Az pedig az utolsó néhány év, legfeljebb az utolsó évtized eredménye, hogy a „rák” probléma *társadalom-politikai* jelentőségre tett szert. Ez idő alatt örvendetes módon gyarapodott a különböző (civil és szakmai) szerveződések köre, melyek céljai között ***nem csupán a rákbetegek különböző szükségleteinek kielégítése, hanem a megbetegedések lehetséges megelőzése, korai felismerése is előtérbe került, és kitüntetett figyelmet fordítottak az érintettek együttműködésének megnyerésére.***

Ebben a folyamatban ***a rákbetegeket képviselő szervezeteknek oroszlánrésze volt.*** Azzal pedig, hogy egyre gyakrabban léptek a nyilvánosság elé, és elkezdtek nyíltan beszélni betegségük kapcsán szerzett tapasztalataikról, hitelesen tanúsították a betegség túlélhetőségét, és a gyógyulás esélyét is.

A civil társadalom számára ez volt a tabu megtörésének első, jól látható jele, és ez a többséget a rákbetegekre vonatkozó addigi szegregációs filozófia felülvizsgálatára is készítette. Ennek folyamányaként egyre többször került sor olyan rendezvényre, amelyen a betegek, a gyógyultak és a gyógyítók, a hozzátartozók és a betegség által nem érintett személyek, a tudomány és a kultúra, az üzleti élet és a civil társadalom képviselői közös demonstrációval hívták fel a figyelmet a rákbetegségekre, illetve annak egyes kérdéseire. A rendezvények, illetve az ezek mögött zajló folyamatok társadalmi hatását jól szemlélteti az is, hogy híres személyiségek, elismert emberek arcukat (és esetenként saját rákos megbetegedésük történetét is) adták ezekhez az eseményekhez, és nem csak ők növelték a rendezvény ismertségét, elfogadottságát, sikerességét, hanem ők maguk is részesültek abban.

Bizton állíthatjuk, hogy ***a rákos megbetegedések elleni társadalmi fellépés tekintetében a 2005. év mérföldkőnek számít,*** mégpedig két okból is:

- egyrészt csak szeptember és október hónapokban 42 (!) olyan kisebb-nagyobb rendezvényről van értesülésünk, amely valamilyen összefüggésben áll a rákos megbetegedések kérdéskörével (ezek között vannak híresek, nemzetközi jelentőségűek és szerényebbek is, de mivel nincs mód valamennyit felsorolni, így egyiket sem említjük külön).

- másrészt először fordult elő az, hogy Magyarországon ***a politika legmagasabb szintjén került***

megfogalmazásra a rákbetegségekkel kapcsolatos tennivalók köre úgy, hogy egyúttal mód van annak szakmai vita során történő igazítására, pontosítására is.

„Nemzetközi viszonylatban alkoholizmusban, öngyilkosságban és rákos megbetegedésben is Magyarország vezet a halálozási statisztikákat” - hangsúlyozta Gyurcsány Ferenc miniszterelnök azon a fórumon, amelyen **szakmai vitára bocsátotta a Nemzeti Rákellenes Programot**. „Ha semmi sem változik, az elkövetkező években ezer fiú újszülöttből 313, ezer lányból 149 rosszindulatú daganat miatt fog meghalni, méghozzá 75 éves kora előtt” - szól a kormány szeptember 23-án nyilvánosságra kerülő, a **Nemzeti Rákellenes Program** vitaindítójának üzenete. A program elsődleges célja:

- kevesebb megbetegedés,
- gyorsabb és tartósabb gyógyulás emberhez méltó körülmények között,
- a halálozás radikális csökkentése,
- a betegek életminőségének javítása és méltóságának tiszteletben tartása.

Ezen kívül a programban többek között szerepel a szűrőprogramok bővítése, a vidéki onkológiai központok fejlesztése, az orvosok szakmai továbbképzése, a PET vizsgálatban résztvevők számának növelése, a hospice ellátás fejlesztése.

A kormányfő a vitaindító fórumon elmondta azt is, hogy a programhoz a költségvetésben biztosítják a forrásokat. A szakmai vita lezárulta után a rákellenes stratégia januárban indul.

A valódi áttörés ez, t.i. a politikai döntéshozók akaratából megvalósuló, kormányzati szintű rákellenes stratégia. Ennek révén remélhető a rákbetegségekre vonatkozó társadalmi tabu határozott megtörése, az, hogy nem lesznek kényes témák és kimondhatatlan kifejezések, hiszen csak a pontos szavakkal megfogalmazott gondolatokat követhetik a megfelelő cselekedetek. Ez a betegek, a gyógyultak és a gyógyítók, a hozzátartozók és a betegség által jelenleg nem érintett személyek, azaz mindannyiunk érdeke.

Ezt a folyamatot kívánja támogatni, erősíteni folyóiratunk a maga módján, vagyis a jelen tematikus szám közreadásával.

főszerkesztő

Utóirat: ajánljuk szíves figyelmükbe a világháló néhány oldalát, melyeken ebben a témában dokumentumok (pl. a **Nemzeti Rákellenes Program**), adatok, információk és további kapcsolatok is elérhetők:

<http://www.magyarorszag.hu/hirek/egeszseg>

<http://www.eum.hu/eum/eum.main.page>

<http://www.cancereurope.org>

<http://www.oncol.hu/>

<http://www.egeszseghid.hu/osszefogas.html>

<http://www.rakliga.hu/>

<http://www.rakszovetseg.hu>

<http://www.rakellen.hu>

<http://origo.hu/daganatok/index.html>

<http://www.hospice.hu/>

<http://www.hospicehaz.hu/>

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

“A rész önmagában nem gyógyítható...”
(A daganatos megbetegedések lelki hátteréről)

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Megismerni azokat az életszakaszokat, életeseményeket, negatív lelkiállapotokat és személyiségjegyeket, amelyeknek a daganatos betegségtörténet szempontjából kiemelt jelentőségük van.

Vizsgálati módszerek és minta: A kutatás a kvalitatív, adatközpontú elmélet stratégiáját követte. A vizsgálatban az Országos Onkológiai Intézet 104 betege, valamint kontrollcsoportként 51 egészséges személy önként vett részt. Az eredmények értelmezése a különböző adategységek összehasonlításával történt, részben leíró, részben összefüggés feltáró, magyarázó jelleggel.

Eredmények: A daganatos megbetegedések esetében fontos életszakaszok: az óvodáskor (kezdeményezés-bűntudat), a felnőttkor (alkotóképesség-stagnálás), valamint az idősödő kor (énintegritás-kétségbeesés); jellemző: az életesemények közül az utolsó öt évben bekövetkező ún. tárgyvesztés¹, a negatív lelkiállapotok gyakori előfordulása, valamint a személyiségjegyek közül az erős stabilitásigény és a konfliktuskerülő magatartás.

Következtetések: A tumoros betegeket jellegetes lelki-élettörténeti háttér és az ebből adódó adaptációs (alkalmazkodási) nehézségek jellemzik, melyek már a betegség megjelenése előtt felfedezhetőek. A "pszichoszociális rizikócsoporthoz" fogalmának létrehozásával és a veszélyeztetettek kiszűrésével a megelőzés különböző szinterein jelentős eredményeket lehetne elérni.

A probléma ismertetése

"A rész önmagában nem gyógyítható, ha nem nézzük az egészet, nem kísérhetjük meg a test gyógyítását a lélek egészsége nélkül... Az orvosok legnagyobb vétke manapság, ha elkülönítik egymástól a test és a lélek kérdéseit..." [Platón (I.e. 428-348): Társadalom]

Míg a fertőző betegségek gyógyításában a hagyományos orvosi-biológiai modell jelentős sikereket ért el a XX. században, addig más, nem fertőző, de napjainkra járványszerű méreteket öltő megbetegedések esetében –ide tartoznak a daganatos elváltozások is– nem sikerült áttörő eredményeket elérni. Az életmóddal összefüggő felvilágosítások, megelőző szűrővizsgálatok és a diagnosztika területén alkalmazott technika jelentős fejlődése ellenére az a szomorú tény, hogy a Föld lakosságának körében az új daganatos megbetegedések száma évente 8-10 millió közé tehető és a páciensek fele meghal. Különös hangsúlyt kell kapnia ennek a kérdésnek egy olyan országban - és hazánk ide tartozik -, ahol az adatok még ennél is drámaibb képet mutatnak. Magyarországon az idő előtti halálozások 24%-át a daganatos megbetegedések okozzák. A gyomor rákos elfajulása okozta halálozás kismértékű csökkenésén kívül minden más daganat halálozási mutatójánál stagnálás vagy emelkedő tendencia figyelhető meg, ez 230000 megbetegedést jelent, amelyhez évente 50000 új adódik. A légcső-, hörgő- és tüdőrák okozta halálozás 80 %-kal magasabb az EU átlagnál.

A hagyományos kezelések, sokszor még a legradikálisabbak sem képesek maradéktalanul megküzdeni a kórral. Gyakori a betegség kiújulása, és ha ez nem is történik meg, elég arra gondolnunk, hogy képes-e "egész" séges ("egészleges") életet élni egy tünetmentes mellamputált nő?!

A probléma az, hogy a betegség "sok okú" (multifaktoriális), tehát valódi gyógyulás csak az összes ok együttes kezelésével érhető el. Pusztán fizikai szintű kezeléssel maradandó állapotjavulás ritkán következik be, hiszen visszakerülve a kezdeti pszichoszociális státusba, terhelve egy súlyos betegségtudattal vagy ennek emlékével a kiújulás vagy a tünetváltás veszélye igen nagy. A betegségtörténet összetettségét az 1. ábra mutatja.

Leghatásosabbnak a hagyományos módszerekkel együtt alkalmazott életmód-terápiák bizonyulnak, hiszen az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között jelentős százalékot képvisel az életmód. (Kutatások szerint 43%-ban az életmód, 27%-ban a genetika, 19%-ban a környezet és 11%-ban az egészségügyi ellátás befolyásolja az egészségi állapotot.) Azonban arról ritkán esik szó, hogy az egészséges életmód szerves része a lelki egészségvédelem, amely nem kevésbé fontos tényező, mint az egészséges táplálkozás vagy a nem dohányzás.

Elméleti háttér, fogalmak

Mit jelent a lelki egészség? Tudor (1996) nyolc ismérvet sorol föl:

1. megküzdési képesség (coping)

2. a feszültségek és stresszek uralásának képessége
3. megfelelő énkép és önazonossági érzés
4. önértékelés
5. önfejlesztés, a fejlődés képessége
6. autonómia
7. változási képesség
8. szociális támogatások igénybevétele, társadalmi mozgalmakban való részvétel

Ezen képességek hiánya vagy csökkenése jelenti tehát az ember, mint bio-pszicho-szociális egység pszichoszociális dimenziójának megbetegedését. A képességek hiánya akkor következik be, ha a személyiség fejlődése akadályozott vagy negatív tapasztalatok érik. Erik H. Erikson nevéhez fűződik az összes tényezőt magába foglaló, és épp ezért leggyakrabban alkalmazott személyiségfejlődési modell. Erikson felismerve és kiemelve a társadalmi dimenzió jelentőségét, az emberi fejlődést nyolc pszichoszociális stádiumra osztja fel. Úgy véli, személyiségünk összetevői veleszületetten adóttak, de az egyes össze-tevők kimunkálásának, kibontakozásának van egy életkorfüggő optimuma, így az egyén pszichológiai fejlődése a különböző élet-szakaszokra jellemző szociális viszonyokon múlik. Minden életperiódusnak megvan a maga sajátos problémája, krízise, amelyet meg kell tapasztalni, meg kell oldani. A veleszületett adottságaink, képességeink, készségeink a társaskapcsolatokban nyerik el végső formájukat. "A személy identitásérzését ezekkel a krízisekkel való megküzdés formálja, a krízisek a nagyfokú sérülékenység, de egyben a nagy lehetőségek időszakai is." (Erikson, 1963). A szocio-kulturális környezet kínálja azokat a lehetőségeket, eszközöket és társas helyzeteket, amelyekben a krízisek, és sikeres vagy sikertelen megoldásuk végbe megy. Az egyes életszakaszok tapasztalatai az egész életútra hatást gyakorolnak, jellemzőit az 1. számú táblázat foglalja össze.

A korábban felsorolt képességek beszűkülése pedig akkor keletkezik, ha az egyén olyan megoldhatatlan vagy annak tűnő emocionális konfliktussal találkozik (jellegzetesen ilyen a tárgyvesztés), mely meghaladja a személyiség problémamegoldó képességét.

"A tárgyvesztés – amely tudvalévően a legfőbb traumatizáló tényezők egyike- jellegzetesen megfelelő élettörténeti háttér esetén kedvez a rák kibontakozásának."-írja Bahnson (1982). Ilyenkor az érzelmi élmény feldolgozására nincs mód, az elhárító vagy más néven önvédelmi mechanizmusok működésbe lépnek. Ennek leggyakoribb formája a regresszió, amely azt jelenti, hogy a szervezet egy korábbi életszakaszban már megtanult és alkalmazott megküzdési stratégiához visszatérve próbál alkalmazkodni. A regresszió elmélete Bahnson nevéhez fűződik, Bárdos György a lehetséges kimeneteket további két dimenzióval egészíti ki. Ezek a következők:

1. Amennyiben ez a stratégia a konfliktus elnyomása vagy tagadása, úgy a feszültség a vegetatívum szintjére süllyed, **pszicho-szomatikus** zavarok keletkeznek, pl.: krónikus zavarok, szervi betegségek, rák.
2. Ha az elhárító mechanizmus a kivetítés vagy eltolás, akkor a zavar a pszichés működésben jelentkezik, a **pszichotikus** tünetek dominálnak, pl.: hisztéria, szorongásos neurózis, pszichózis.
3. Amikor a páciens az érzelmi feszültségét, félig-meddig tudatosan, a testi funkciók zavarával kompenzálja, **szomatizációs** rendellenességről beszélünk, pl.: szimulálás, hipochondriázis, krónikus fájdalom.
4. Amennyiben pedig az egyén szándékosan, mintegy kilép az adott helyzetből, szélsőséges vagy deviáns magatartási mintát alkalmaz, **viselkedéses** eltoldódásról van szó, pl.: pánikbetegség, depresszió, öngyilkosság.

A kutatás célja

A vizsgálat során arra kerestem választ, hogy az egyes életszakaszokban átélt krízisek negatív tapasztalatai hogyan hatnak az egyén kognitív¹ és érzelmi beállítódására, amelyek később jelentős szerepet játszanak a daganatos megbetegedések kialakulásában. A kutatás továbbá arra kívánta felhívni a figyelmet, hogy a tartós negatív érzelmi állapotok, a fel nem dolgozott élmények olyan károsító tényezők, melyek minden betegségtörténetben benne vannak és más kórokokkal együtt az embert, mint biopszichoszociális egységet támadják, és végső esetben (ilyen a rákos megbetegedés) az egység széteséséhez, megsemmisüléséhez vezetnek.

A vizsgálat céljai közé tartozott továbbá feltárni azt, hogy a daganatos megbetegedések esetében melyek azok az életszakaszok, életesemények és negatív lelkiállapotok, melyek leggyakrabban jelen vannak.

A vizsgálat kiterjedt az Erikson-féle pszichoszociális krízisek negatív kimeneteleire (pl.: a stagnálás) feltárására, melyek pszichikai síkon megteremtenek látszanak a feltételeket a daganat elterjedéséhez. Az összefüggések megismerése pedig közelebb vihet, segíthet a rákos betegség lelki hátterének

értelmezésében.

Célom volt új ismeretek feltárása, és a már meglévők pontosabbá tétele.

Hipotézisek

1. A daganatos betegségek pszichoszomatikájában jelen vannak az Erikson-féle pszichoszociális krízisek hiányos vagy negatív tapasztalatai (például az autonómia hiánya, mely a lelki egészség feltétele).

2. A betegség fizikai szintű megjelenése e-lőtt a "lelki egészség hiánya" (pl.: csökkent változási képesség) és negatív érzelmi állapotok (pl.: önbizalomhiány) már jelen vannak, a viselkedésben már felmérhetők.

3. Valamely életszakasznak vagy szakaszoknak, nagyobb a jelentősége a daganatos betegségek kialakulásában, mint más pszicho-szociális stádiumnak.

4. Az ismételt tárgyvesztés jelentős szerepet játszik a betegségtörténetben.

5. Bizonyos személyiségjegyek jellemzik a tumoros pácienseket, ezek korai felismerésével az elsődleges /primer/, de még inkább a harmadlagos /tercier/ megelőzés /prevenció/ területén eredményeket lehetne elérni.

Vizsgálati módszerek és minta

Kutatási stratégia

A témaválasztást tekintve a vizsgálat szempontjának a kvalitatív kutatás bizonyult a legmegfelelőbbnek. Ezen belül is az adatközpontú elmélet kutatási stratégiája, melynek lényege, hogy a kutató több adatgyűjtő technikát egyidejűleg alkalmaz, ilyen a megfigyelés, az interjú és a kérdezős, valamint önkítöltős kérdőív. A feldolgozás és az eredmények összegzése deduktív módszeren alapul. Az eredmények értelmezése a különböző adategységek összehasonlításával történik, részben leíró, részben összefüggés feltáró, magyarázó jelleggel.

A mintavétel ideje és helye

A mintavétel 2004. december-2005. január között történt.

Helye: Az Országos Onkológiai Intézet fej-nyak sebészeti-, sugárterápiás-, nőgyógyászati- és belgyógyászati osztályai.

A kontrollcsoport felmérése lakóhelyem és környékén (Szentendrei-sziget) történt.

Jellege: a betegek körében végzett vizsgálat nem reprezentatív, ezért célszerűnek bizonyult a kontrollcsoport összetételénél figyelembe venni a betegcsoport kor és nem szerinti megoszlását. A kérdőívek kiosztása ez alapján történt.

A válaszadási arány

A betegek körében 120 kiosztott kérdőívből 104 érkezett vissza (87 %), ez az arány nagyon jónak mondható. Az oka ennek valószínűleg a személyes jelenlét volt – a kérdőívek közel egyharmada kérdezős módszerrel került kitöltésre. A kontrollcsoport esetében 80 kérdőívből mintegy 51 érkezett vissza (64 %).

A vizsgálat módszere

Az információszerzés jelentős része kérdőív formájában ment végbe, a jelen keretek között ennek elemzésére van lehetőség. A megfigyelés valamint az interjú során tapasztaltak az eredmények értelmezésébe épültek be. A kontrollcsoport eredményei az elemzés során, mint háttér információ, összehasonlítási alap jelennek meg. A kérdőív kitöltése név nélkül és önkéntesen történt, formailag nyitott, zárt és részben zárt kérdésekből állt.

Tartalmilag az alábbi kérdéscsoportok szerepeltek:

1. Demográfiai kérdések (nem, kor)
2. Az egyes életszakaszokhoz kapcsolódó kérdések
3. A személyiségjegyekre vonatkozó kérdések
4. Az életeseményekre irányuló információk

Vizsgálati eredmények

1. A demográfiai adatok elemzése

A nemek szerinti megoszlás a következő: 68% nő és 32% férfi. A vizsgálat során megfigyelhető volt, hogy a nők az önkéntes kérdőív kitöltésére szívesebben vállalkoztak, mert jobban egyetértenek és elfogadják azt, hogy a betegségnek pszichés okai is lehetnek, mint a férfiak.

A kor szerinti eloszlás hűen tükrözi a daganatos megbetegedésekre jellemző korhatárokat.

A vizsgálat szempontjából a legjelentősebb információ az, hogy a betegség leggyakoribb előfordulása a felnőttkor (*alkotóképesség- stagnálás*) és az idősödő kor (*énintegritás-kétségbeesés*) határára tehető. 51-60 év között a betegség előfordulási gyakorisága 34%. Az aktív felnőttkorban, 41-50 év között 20%-os a gyakoriság; az időskorú 61-70 éves korosztálynál az előfordulás 24%; 31-40 évig 18%-os az arány, és sajnos megjelenik a fiatal felnőttkorban is, 21-30 éves kor között 4%.

2. A egyes életszakaszokhoz kapcsolódó kérdések

(Közülük azok kerülnek bemutatásra, melyeknél jelentős eltérés volt a kontrollcsoporthoz képest)

► Óvodáskor (kezdeményezés-büntudat). Kiegészítendő kérdésként lett feltéve a családból hozott minta: Hogyan viselkedett apja/anyja a családban? Az előfordulás gyakoriságát figyelembe véve, a válaszok a következők voltak.

Apa jellemzői: szigorú, domináns, türelmetlen, agresszív, megértő, ingerült, család-szerető.

Anya jellemzői: szomorú, bátortalan, megértő, követelőző, engedékeny, alárendelt, vidám, szigorú domináns.

A kontrollcsoporthoz képest a betegeknek egy keményebb, szigorúbb apakép és egy szomorúbb, kiábrándultabb anyakép rajzolódik ki. A legfontosabb eltérést azonban az elsődleges tárgyvesztés jelenti.

(A Gyermekkoromban megtörtént velem? kérdés gyakorlatilag ezt takarja.) A betegek 88%-nál a felsoroltak valamelyike előfordult, a kontrollcsoport esetében ez 47% volt. Az 2. ábra mutatja a válaszokat, a különböző események százalékos arányát.

A vizsgálat azt mutatja, hogy ez jelentős korszak a daganatos betegségtörténet szempontjából, hiszen a személyiség alap-vonásai a hetedik életévre kialakulnak. Amennyiben a kezdeményezés időszakában a gyermek elutasító környezetben él (szigorú apa, csalódott anya) vagy megtapasztalja, hogy a változás számára előnytelen (pl.: apa elvesztése, szülők válása, többszöri költözés) érzelmi szinten az állandóságra fog törekedni.

► Felnőtt kor (alkotóképesség- stagnálás). A betegek körében 58% él jelenleg harmonikus párkapcsolatban. Az egyik legmeglepőbb válasz erre a kérdésre (Harmonikus párkapcsolatban élek?) érkezett. Egy férfi azt mondta: "Mióta beteg vagyok igen"!!! Anélkül, hogy messzemenő következtetéseket lehetne levonni egy mondatból, megállapíthatjuk, hogy a daganatos betegség kialakulásában az ember és környezete viszonya fontos tényező, amellyel számolni kell (visszautalás 1. ábra adataira). Másrészt 60% él több, mint 15 éve a párjával; 23% özvegy és mindössze 8,5% nyilatkozta, hogy a válás vagy házastárs halála után sikerült újra kezdenie.

Ez szintén a stabilitás igényt mutatja; úgy tűnik, inkább felvállalják a rossz házasságot vagy a magányt, mint hogy egy új, ismeretlen kapcsolatba kezdjenek.

A munkahely-változtatás gyakoriságára adott válaszok eredménye: 27% nem, 60% ritkán, 13% időnként, 0% gyakran változtat állást, 18%-nak az első az egyetlen munkahelye volt. Ennél még figyelemre méltóbb az az adat, hogy 104 beteg közül egy sem volt, aki a „gyakran” választ (6 vagy több váltást jelentett a kérdőívben) jelölte meg. Az egyik válasz-adó azt mondta: "A problémáim akkor kezdődtek, amikor nyolc évvel ezelőtt munkahely-váltásra kényszerültem, az új helyet nem tudtam megszokni. Ezután kezdtem el betegeskedni." Az állandóság igénye itt is kitűnik.

Az elemzéshez hozzá tartozik még az életeseményekre vonatkozó kérdés („A betegséget megelőző öt évben a felsoroltak közül ez (ezek) megtörtént (megtörténtek) velem?") néhány adata (2. táblázat, lásd később). A válaszok arra utalnak, hogy a másodszori tárgyvesztés leggyakrabban ebben a korban következik be, pl.: közeli családtag halála, válás, gyermek elköltözése otthonról, ez pedig, mint mentális környezeti hatás befolyásolni látszik a daganatos folyamatot. A 100 betegre 248 életesemény jutott a betegséget megelőző öt évben, ez 2.5 eseményt jelent egy embernél. A kontrollnál ez 1.3 esemény/fő. Gyakorisági sorrendben a betegeknek a következő válaszok érkeztek: közeli családtag halála, életkörülmények változása,

nyugdíjazás, baleset vagy betegség, gyermek elköltözése otthonról, költözés, házastárs halála, állás elvesztése, szexuális problémák, anyagi helyzet megváltozása, válás. Ezek az események az amúgy állandóságra törekvő egyéneknél kimerítik az adaptációs képességet, a szervezet védekezik, betegségbe "menekül".

► Az időskor (énintegritás-kétségbeesés). Itt az életesemények közül a nyugdíjazást kell kiemelni, amely legtöbbször maga után vonja az életkörülmények és az anyagi helyzet változását. Ez az életesemény skálán (2. táblázat) 108 pontot jelent, 100 fölötti pont értéknél a stresszhatás már jelentős. A kontroll esetében ez az érték némileg alacsonyabb (92 pont), a jelentős különbség azonban valószínűleg a változásokhoz való kognitív és érzelmi beállítódásban, valamint a megküzdési mechanizmusban /coping/ van. A másik fontos kérdés „Elkötelezettje-e egy ügynek vagy csoportnak?„ esetében a nem válaszok aránya 74%. Ugyancsak a másokkal való kapcsolattartásra utal a „Betegségem előtt én gondoskodtam a...?” nevezetű kérdés, amelyre adott válaszokban a legfontosabb információ az, hogy a betegek körében egyáltalán nem jelenik meg a hivatásszerűen emberekkel (0%) és egy kis közösséggel (0%) való törődés. Ez a társas-kapcsolatok beszűkülésére utal, amely gyakran maga után vonja a negatív emóciókat.

3. A személyiségjegyekre vonatkozó kérdések

„Érzelmait kimutatja?” Igen 30%, ritkán 55%, szinte soha 15%, kontrollcsoportnál a válaszok aránya a következő: igen 60%, ritkán 30% szinte soha 10%. Az eltérés jelentős. A daganatos betegségtörténetben az érzelmek verbális kifejezésének nehézsége (alexitimia) jelentős kóroki tényező.

„Mindent megteszek a konfliktus elkerüléséért?” kérdésre 87% igen és csak 13% nem válasz érkezett.

„Inkább szeretem az állandóságot?” kérdésre a válaszadók 85%-a igennel, 15%-a nemmel válaszolt.

4. Az életeseményekre vonatkozó adatok elemzése

Ez a skála a stressz erősségét méri az életesemények vonatkozásában Holes&Rahe nyomán (1967). A pontértékeket a 2. táblázat, a pontok értékelését a 3. ábra szemlélteti.

Az adatok elemzése a következő: 100-150 pont között a stressz mértéke jelentős, és ha az érték tartósan ennyi, akkor az egészségkárosodás lehetősége 30%, ha az érték 150-300 közötti, akkor a közeljövőben az egészségi állapot romlásának valószínűsége 50%, 300 pont fölötti érték esetén 90% az esély a megbetegedésre.

5. Érzelmi állapotra, önértékelésre vonatkozó kérdések

A negatív érzelmi állapotot felmérő kérdésnél 100 betegre 215 jellemző jutott. Összesen 3 személy vélte úgy, hogy a felsoroltak egyike sem jellemző rá. A kontrollcsoportban 50 emberre 85 negatív állapot jutott. A nem kívánatos emóciók megoszlását a 4. ábra mutatja.

Megbeszélés, következtetések

A vizsgálat eredményeképpen megállapítást nyert, hogy a daganatos megbetegedések kialakulásában az Erikson-féle életszakaszok kríziseinek jelentősége van, oly módon, hogy a megszerzett negatív tapasztalatok kihatással vannak, elsősorban az érzelmi beállítódásra. Ezek a negatív tapasztalatok viszont az egyén önmagáról alkotott képét torzítják, például: a kezdeményezés gátoltsága maga után vonja az önbizalom és az autonómia hiányát, mint alapérzést. A beállítódások rögzülésével a negatív lelki állapotok is tartóssá válnak, ami a "lelki egészség", az önerő hiányához vezet. Ezek a negatív emóciók a viselkedésben előbb-utóbb megjelennek, így megfelelő módszerekkel akár kiszűrhetővé válhatnak.

Úgy tűnik, hogy az egyes életszakaszoknak nem egyformán van jelentőségük a betegségtörténet szempontjából. A vizsgálatból kiderül, hogy a daganatos megbetegedések esetében különösen fontos az óvodáskor (kezdeményezés-bűntudat). Az ekkor bekövetkező tárgyvesztésnek maradandó, nehezen feldolgozható következményei vannak. A másik jelentős életszakasz a felnőttkor (alkotó-képesség- stagnálás), amikor általában bekövetkezik a másodszori tárgyvesztés. Ha a személy ekkor nem képes a folyamatos megújulásra, nem tud kellőképpen alkalmazkodni a bekövetkező eseményekhez, az érzelmi feszültség leggyakrabban megbetegedés formájában "vezetődik le". Amennyiben ez egyéb személyiségjegyekkel (pl.: konfliktuskerülés) és egyfajta regresszív megküzdési mechanizmussal (pl.: elfojtás) társul, a pszichoszomatikus kimenet veszélye jelentős. A rák szempontjából a harmadik kiemelten veszélyes időszak az időskor, amikor is a reprodukív funkciók (és nyugodtan hozzá tehetjük, hogy maga a produktív tevékenység is) csökkennek (nyugdíjazás, erőnléti problémák), ha ekkor a személyiség nem képes megbirkózni a változással, fölöslegesség érzése támad vagy magányos lesz, az önerő csökken, ez pedig mentálisan "kedvez" a tumoros kórképek aktivizálódásának.

Az utolsó feltételezés szerint vannak olyan személyiségjegyek (és ezek kialakulása szintén a pszichoszociális krízisek negatív kimeneteihez köthető), melyek jellemzik a daganatos klienseket. Ilyenek a szélsőséges állandóságra törekvés, a konfliktuskerülő magatartás, a környezet által nyújtott elismerésre való erős igény és a tartós negatív lelki állapotok, pl.: lelki gyötrődés, önbizalomhiány.

Kutatásom célja az Erikson-féle életszakaszok krízisei és a daganatos betegségtörténet összefüggéseinek feltárása és megismerése volt. A felállított hipotézisek segítségével, úgy vélem sikerült egy fontos, további megismerést igénylő területre rávilágítani.

Javaslatok

Napjainkban tudományosan bizonyítást nyert, hogy a betegségek jelentős többsége, így a daganatos kórképek is multifaktoriálisak. Ez az ismeret azonban a terápia során még nem jelenik meg, pedig logikus a feltételezés, hogy ha egy betegség kialakulásához több tényező együttes hatása vezet, akkor a gyógyításban is meg kell jelennie valamennyi dimenzióknak. Vannak egyszerű és költségkímélő megoldások, melyekkel, úgy hiszem jelentősen lehetne csökkenteni a páciensek számát, illetve a "pszichoszociális rizikó csoportok" fogalmának létrehozásával és a veszélyeztetettek kiszűrésével a megelőzés különböző szinterein figyelemreméltó eredményeket lehetne elérni

- Bizonyos szűrővizsgálatok – pl.: nőgyógyászati vagy tüdőszűrés, háziorvosi vizit – során ki lehet szűrni a pszichoszociálisan veszélyeztetetteket. Erre egy egyszerű, az életeseeményekre, személyiségjegyekre utaló kérdőív is alkalmas lehet. Ezeket az embereket azután figyelemmel lehetne követni, a feladatra a háziorvos vagy a háziorvosi team tagjaként tevékenykedő diplomás ápoló tűnik megfelelő választásnak. Szükség esetén a megfelelő helyre lehetne irányítani a veszélyeztetett személyt, például: viselkedésterápiára, autogén tréningre, relaxációs foglalkozásokra, jógára, zene és művészeti terápiákra stb. (primer prevenció területe).

- A már megbetegedettek esetében a kórházi ellátás során "lelki egészség gondozásba" kellene részesíteni a klienseket. Később pedig a hagyományos terápiák mellett (sugárkezelés, kemoterápia stb.) párhuzamosan életmód-terápiát kellene folytatni, amelyben többek között az életvezetési stratégiák, a hatékony megküzdési módok és konfliktuskezelési lehetőségek elsajátítására is alkalom nyílik (szekunder prevenció).

- A terciér prevenció keretében pedig tartósan nyomon kell követni, gondozni és a bejósolható változásokra felkészíteni az érintetteket (a tartós és súlyos betegségben szenvedő betegek hozzátartozóit is).

- Az előre látható életeseeményekre való időbeli felkészítés alapvető fontosságú. Angliában már régóta működnek olyan egyesületek önszervezetek, ahol a már nyugdíjba vonult személyek felkészítést, tréningeket tartanak a nyugdíj előtt állóknak, önkéntes alapon ételkihordást vállalnak az arra rászorulóknak, kiskisiskolások felügyeletét vállalják a szülők munkából való hazaéréséig, vagy tanácsadóként működnek egy-egy szakterületen lakóhelyük és körzetében (pl.: egy volt jogász tanácsadást tart, egy volt pedagógus korrepetálást vállal).

- Végül, de nem utolsó sorban igen fontosnak tartom a gyermekek mentálhigiénés kultúrájának fejlesztését, például a régóta tervezett egészségtan nevű tantárgy bevezetésével, mely keretében kommunikációs ismeretek, megküzdési stratégiák tanítására lenne lehetőség.

Lábjegyzet: ¹ Legmagasabb szintű mentális tevékenységek pl.: észlelés, érzékelés, gondolkodás stb.

Irodalomjegyzék

1. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C. (2001) Pszichológia
Osiris Kadó, Budapest, 406-408
2. Dr. Bárdos György (2003): Pszichovegetatív kölcsönhatások
Scolár Kiadó, Budapest, 190-200
3. Dr. Buda Béla (2003): A lélek egészsége (A mentálhigiéné alapkérdései)
Nemzeti Tankönyv Kiadó, Budapest, 21
4. Dr. Császár Gyula (1980) Pszichoszomatikus Orvoslás
Medicina, Budapest
5. Dr. Császár Gyula (1989) Pszichoszomatika a gyakorlatban
Pszichoteam, Budapest
6. Dempsey, P.A., Dempsey, A.D. (1999): Kutatómunka az ápolásban
Medicina, Budapest
7. Kertai Pál (1999) Megelőző Orvostan Medicina, Budapest 450-480
8. Kulcsár Zsuzsa (1993) Pszichoszomatika
Nemzeti Tankönyv Kiadó, 97-137
9. Kulcsár Zsuzsa (2002) Egészségpszichológia

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS

Lehet szavazni az év kórházára!

Az érdeklődők szeptember elejétől 2005. december 31-ig, a www.azevkorhaza.hu honlapon mondhatják el véleményüket és szavazhatnak a magyarországi kórházakra. Az intézményeket összesen 5 kategóriában lehet értékelni, a győztesek az erkölcsi elismerés mellett értékes számítástechnikai eszközöket is nyernek.

A magyarországi kórházi betegellátás színvonalát különféle szakmai mutatók és mérőszámok segítségével a szakma és a finanszírozó is rendszeresen vizsgálja. E vizsgálatok eredményei azonban – jellegüknél fogva – igen csekély mértékben jelenítik meg a legfontosabb szereplő: az ellátott beteg véleményét.

E hiányosság kiküszöbölésére a HáziPatika.com szervezésében meghirdették „Az év kórháza” választást az interneten. Az online szavazás célja, hogy a betegellátás jelenlegi színvonalát a betegek közvetlen véleménye alapján felmérje, valamint hogy hozzájárulhasson a hazai kórházak megbecsültségének emeléséhez. A hagyományteremtő szándékkal létrejövő – és a tervek szerint évről-évre megismételt – szavazás a jelenlegi betegelégedettség és kórházi betegellátás színvonalának felmérésén túl, a hazai betegellátás színvonalának növeléséhez is hozzá kíván járulni.

Az érdeklődők szeptember elejétől 2005. december 31-ig, egy külön erre a célra létrehozott oldalon (www.azevkorhaza.hu) szavazhatnak. A versenyben Magyarország összes államilag és önkormányzatilag finanszírozott kórháza és klinikája részt vesz, a szavazók név szerint vagy területi alapon kereshetik meg az értékelni kívánt intézményt. A verseny aktuális állása a honlapon folyamatosan nyomon követhető.

A látogatók egy 5 fokú skálán – az iskolákban megszokott módon – osztályozhatják a kórházakat összesen 5 kategóriában: *Orvos-szakmai ellátás, Ápolás- és szakszemélyzet, Infrastruktúra, Ellátás, Környezet.*

Minden kórházhoz egy virtuális üzenőfal is tartozik, ahol a látogatók szöveges formában is kifejtetik véleményüket. A kórházak vezetése és orvosai pedig megkülönböztetett módon hozzászólhatnak, reflektálhatnak a saját üzenőfalukra érkező véleményekre, állásfoglalásokra.

A januárban tartandó eredményhirdetésen az öt kategóriagyőztes mellett, az összességében legtöbb pontot elérő abszolút győztest is kihirdetik, aki egy évig viselheti a megtisztelő címet. A hazai egészségügy helyzetének ismeretében az erkölcsi elismerés mellett a nyerteseket olyan díjjal is támogatni szeretnék a szervezők, ami az ott dolgozók mindennapi munkáját segíti. Mivel jelenleg a kórházak számítástechnikai fejlettsége elmarad a kívánatostól, ezért az Év kórháza díj nyertesait – a program szponzorainak köszönhetően – korszerű számítógépekkel jutalmazzák.

[Vissza a tartalomhoz](#)

GRATULÁLUNK!

Ünnepi kitüntetések - 2005. augusztus 20.

A Magyar Köztársasági Érdemrend Lovagkeresztje (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült: **Dr. Kereszty Éva Margit**, az Egészségügyi Minisztérium főcsoportfőnöke, az Egészségpolitikai Főosztály főosztályvezetője.

A Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkeresztje (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:

Lipták Istvánné, a Budapest-Csepel Egészségügyi Szolgálat szolgálatvezető főnövére,
Somogyi Józsefné, a Vas Megye és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórháza, Egyetemi
Oktatókórház ápolási igazgatója.

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Nők prevenciósi lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében, Magyarországon

*Karamánné Pakai Annamária, főiskolai tanársegéd, PTE EFK Klinikai és Ápolástudományi Intézet,
Zalaegerszegi Képzési Központ*

*Dér Anikó, tudományos munkatárs, PTE EFK Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Zalaegerszegi Képzési
Központ*

*Németh Katalin, főiskolai tanársegéd, PTE EFK Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Pécsi Képzési
Központ*

Összefoglaló

A kutatás célja: Vizsgálatunk során arra kerestük a választ, hogy a nők mennyire tájékozottak, és milyen ismeretekkel rendelkeznek a nőgyógyászati szűrővizsgálatokról, milyen időközönként, és milyen módszerrel végzik el az emlő önvizsgálatát.

Kutatás módszerek és minta: A mintát a Zala Megyei Kórház ápolói, a PTE Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központ diplomás ápoló hallgatói, valamint egy zalaegerszegi nagyvállalat női dolgozói közül véletlenszerű mintavételi technikával kiválasztott 207 nő képezte.

Eredmények: Hazánkban egyre kevesebb a nőgyógyászati vizsgálaton megjelenő, rákveszélyes korú nők száma. A vizsgált csoport 46 %-a jár rendszeresen (évente) szűrővizsgálatra. A Népegészségügyi Program lehetővé tette az emlőszűrő-vizsgálatok országos méretű megszervezését, előzetes adatok szerint a részvételi arány 40%-os, ami a felmérésben részben igazolódni látszik, hiszen a 40-59 éves korosztálynál 54%-os megjelenési arány figyelhető meg.

Következtetések: A mortalitási mutatók további javításához változatlanul szükség van rákszűrő vizsgálatok lelkes és folyamatos végzésére. Nemcsak a konkrét vizsgálatokra, megfelelő, hatékony felvilágosító munkára is szükség van. E tevékenységek bizonyára csökkentenék a nőgyógyászati rákszűrés kiterjesztésének ma még messze nem megoldott problémáját. Széleskörű társadalmi összefogással, komplex stratégiával lehet remény arra, hogy a daganatos betegek száma csökkenjen Magyarországon.

BEVEZETÉS

Magyarországon a rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási aránya rendkívül kedvezőtlen, a szív- és keringési rendszer-eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el. Hazánkban a rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás messze meghaladja az EU átlagot. (1,8-szerese annak). A Nemzetközi Rákregiszter és KSH adatai azt bizonyítják, hogy Magyarországon évente kb. 30-35 ezer ember hal meg különböző rosszindulatú daganatos betegségben. Közel 5 ezerre tehető a női rosszindulatú daganatokból eredő mortalitás, különösen kiugró az EU átlaggal szemben a nők méhnyakrák halálozása. (A méhnyakrák okozta korai halálozás 3,5-szer magasabb az EU átlagnál.)

A mammográfiás szűrés hazánkban

Magyarországon az emlőrák népegészségügyi méretű probléma. Az emlőrák okozta halálozás csökkentésére rendelkezésre álló stratégiák közül az elsődleges megelőzés lehetőségeinek korlátozott volta, és a kezelés eredményességének a klinikai stádiumtól függése miatt a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb. (EüM, 2005)

A Magyar Köztársaság Kormánya 2001 tavaszán elfogadta az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” elnevezésű összetett cselekvési programot. Ennek keretében olyan emlőszűrő és diagnosztikai létesítmények kialakítását és működtetését határozta el, amely alkalmasak a 45-65 év közötti tünet- és panaszmentes nők kétévenkénti szűrővizsgálatára, továbbá képesek – szakmaközi együttműködés útján biztosítani a szűrővizsgálattal észlelt elváltozások tisztázó komplex diagnosztikai vizsgálatát, az emlőrák keletkezése szempontjából magas kockázatúnak minősülő egyének szakmai felügyeletét, valamint a diagnosztizált emlőrákos betegeknek a szakma szabályai szerint végzett gyógykezelését.

A lakossági emlőszűrés térségi elv alapján, meghatározott közigazgatási egységekben valósul meg. Ettől az emlőrák miatt idő előtt bekövetkező halálozás jelentős mérsékelése várható. (Tóth és Péter, 2002)

A méhnyakrák szűrése Magyarországon

Napjainkban évente mintegy 1000 új méhnyakrákot ismernek fel, és még mindig meghaladja az évi ötszázat azoknak a száma, akik számára végzetes ez a betegség.

A méhnyak szűrés 2003 szeptemberétől – a népegészségügyi program keretében - megújult és szervezetté vált. (Az „Egészség Évtizedének John Béla Nemzeti Programja” célja, hogy minden magyar állampolgár a lehető legegészségesebben éljen.) A korábbi, nem szervezett formában zajló méhnyak szűrés lehetőségével csupán a nők 20-30%-a él, akik elsősorban a magasabban iskolázott társadalmi rétegből kerülnek ki. A népegészségügyi szűrővizsgálatok révén lehetőség nyílik az esélyegyenlőség megteremtésére, és a személyes meghíváson alapuló tájékoztatás eszközével a nők azon rétegének bevonására, akik eddig nem rendelkeztek információval a betegség megelőzhetőségének módjáról. Meghívólevél kerül kiküldésre a betegség szempontjából veszélyeztetett lakosság számára (25-65 év), és szakmailag indokolt gyakorisággal (háromévente) történik. (EüM, 2005)

Azonban a nőgyógyászati gyakorlat szerint minden szexuálisan aktív, vagy a 18. életévét betöltött nőnek évente egyszer ajánlott az állampolgári jogon biztosított nőgyógyászati rákszűrésen jelentkeznie.

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

A vizsgálat célja

Magyarországon évi átlagban kb. 3 millió 20-60 év közötti rákveszélyes korú nő él. A nőgyógyászati rosszindulatú tumorok megelőzésének a legfontosabb eszköze a tömeg-méreteken is alkalmazható nőgyógyászati és az emlő vizsgálatával egybekötött citológiai szűrés. Vizsgálatunk során arra kerestük a választ, hogy a nők Magyarországon mennyire tájékozottak, és milyen ismeretekkel rendelkeznek a nőgyógyászati szűrővizsgálatokkal kapcsolatban, milyen időközönként és milyen módszerrel végzik el az emlő önvizsgálatát.

Hipotéziseink

1. Az átlag női populációnak csak töredéke jelentkezik évente nőgyógyászati szűrővizsgálatra.
2. Az egészségügyi dolgozók nőgyógyászati rákszűrésen való részvétele nem éri el az elvárható 70%-ot.
3. Feltételezzük, hogy az ápolók rendelkeznek megfelelő ismerettel az emlő-önszűrés területén, ezért több, mint 50%-uk elvégzi havonta a mell önvizsgálatát.
4. Megítélésünk szerint a laikus nők önszűréssel kapcsolatos ismereteik hiányosak, ezért közülük kevesen végeznek emlő-önvizsgálatot.
5. A veszélyeztetett korosztályban tartozó nők csupán 40 %-a vesz részt a mammográfiás vizsgálaton.
6. Társadalmunkban élő nők nőgyógyászati problémájukkal nem fordulnak időben orvoshoz, részben a tájékozatlanság, részben a vizsgálatról való félelem miatt.

Vizsgálati módszerek, minta

Kutatási stratégia:

Induktív, amely részben leíró, részben összefüggés-feltáró – magyarázó jellegű.

A vizsgálati minta:

A mintát a Zala Megyei Kórház ápolói, a PTE Egészségügyi Főiskola, Zalaegerszegi Képzési Központ diplomás ápoló hallgatói, valamint egy zalaegerszegi nagyvállalat női dolgozói közül véletlenszerű mintavételi technikával kiválasztott 207 nő képezte.

A vizsgálat időpontja:

2003. július 1 - 2004. július 30.

Válaszadási arány

A 230 db kiosztott kérdőívből 207 db kitöltött kérdőív érkezett vissza, a kérdőív 90%-a melyet az ábrázolásnál a válaszadók 100 %-ának tekintettünk (laikus 100 fő, egészségügyi dolgozó 107 fő).

A vizsgálat módszere

Adatgyűjtési módszerünk irodalomkutatás és kérdőíves felmérés volt. A kérdőívek formailag 10 db nyitott és zárt kérdést tartalmaznak. Tartalmilag tényekre, véleményekre, ismeretekre vonatkoznak.

EREDMÉNYEK

A megkérdezett nők életkori eloszlása:

20-29 év közötti: 42%

30-39 év közötti: 20%

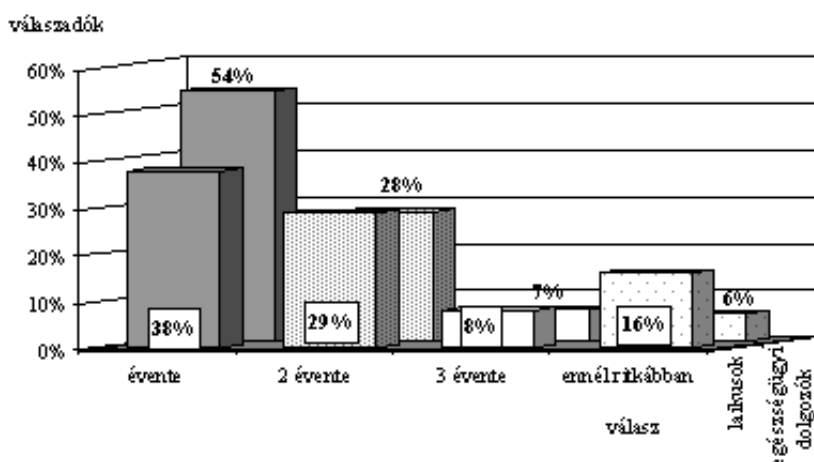
40-49 év közötti: 26%

50-59 év közötti: 12%

A válaszadók végzettségüket tekintve főként érettségivel rendelkeznek (szakközépiskola/gimnázium; 103 fő, 50%), jelentős a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma is (39%). Nem számottevő a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők köre (10%), elenyésző az általános iskolai végzetek aránya (1%).

A méhnyakrák a 35-45 év közötti nők betegsége. Hazánkban egyre kevesebb a nőgyógyászati vizsgálaton megjelenő, rákveszélyes korú nők száma, amit a kérdésekre adott válaszok is igazolnak. A laikus csoport kevesebb, mint 40%-a jár rendszeresen (évente) szűrővizsgálatra. Az egészségügyi dolgozók közül is csak 54% jelenik meg évente. Az életkor szerinti megoszlást tekintve is hasonló eredményt kaptunk a veszélyeztetett korcsoportba tartozó nőknél. A 35-45 év közöttiek csupán 48 %-a megy el évente nőgyógyászati rákszűrésre. A megkérdezettek egynegyede a kívántnál ritkábban jár nőgyógyász szakorvosnál. A szűrővizsgálatról való tartózkodás és távolmaradás oka gyakran az érintett populáció nemtörődömsége, időhiány (női szerepekből fakadóan), tájékozatlanság, hiányos felvilágosító munka és a vizsgálatról ill. a rák diagnózisától való félelem. (1. ábra)

1. ábra: Szűrővizsgálaton megjelentek megoszlása (n=207)

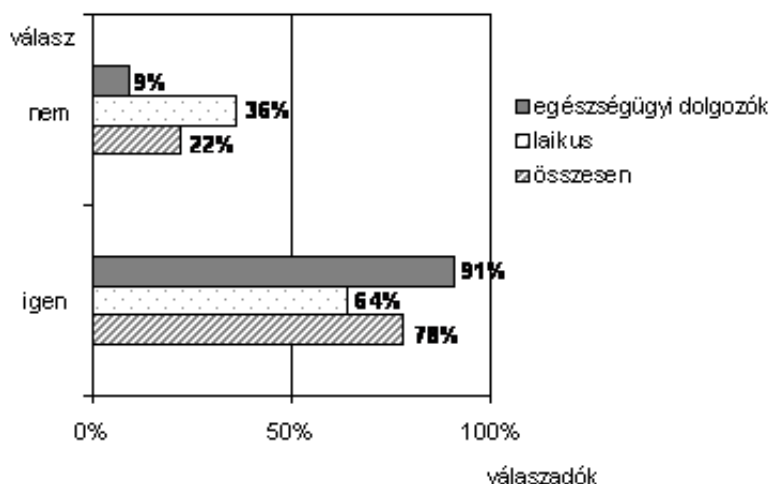


Az emlőrák preklínikai stádiumban történő felismerése a tünetmentes női lakosság rendszeres mammográfiás szűrésével lehetséges. Hazánkban a Népegészségügyi Program lehetővé tette az emlőszűrő vizsgálatok országos méretű megszervezését minden 45 év feletti nő számára. (Előzetes adatok szerint a részvételi arány 40%-os) Felmérésünkben a 40-59 éves korosztály 54%-a jelenik meg mammográfiás vizsgálaton, 46%-a nem. Biztató, hogy az egészségügyi dolgozók már 57%-a részt vett a szűrőprogramban, szemben a laikusok csupán 48%-a.

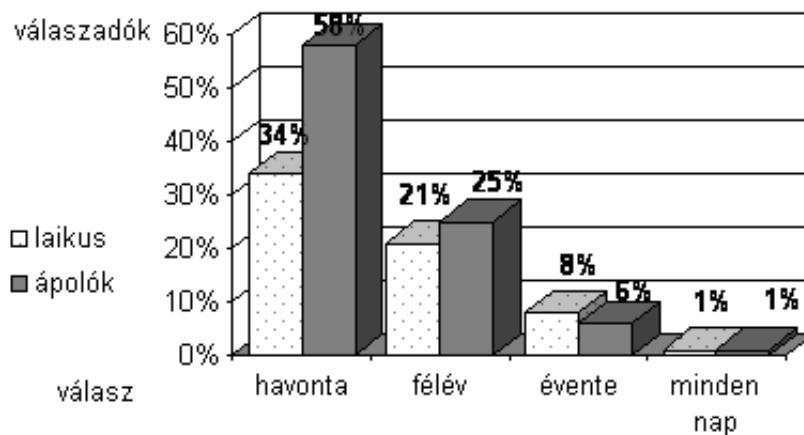
Az emlőrák elleni védekezési módszer a mammográfiás vizsgálat mellett a nők által elvégzett

„önszűrés”, az emlő állapotának saját kontrollja, önvizsgálata. A vizsgált nők közül 161 fő végez emlő-önvizsgálatot. A válaszadó ápolók 59 %-a, a laikus nők csupán egyharmada végzi el havonta az önszűrést. Két asszony végez minden nap, mert szomorú tapasztalatai vannak a környezete köréből. Az önvizsgálatot nem végzők (46 fő) indoklásukban az alábbiakat írták le: „nem tudom, hogyan kell elvégezni”(11 fő), „nem bízik saját vizsgálatomban” (5 fő), „nem érzem szükségét” (1 fő), „a nőgyógyász szakorvos elvégzi helyettem” (11 fő), „amiről nem tudok, nem létezik” (1 fő)...(2. és 3. ábra)

2. ábra: Önvizsgálatot végzők megoszlása (n=207)



3. ábra: Önvizsgálat végzésének gyakorisága (n=161)



A felmérés kiterjedt arra is, hogy azok a laikus nők, akik végzik az emlő önvizsgálatát (64 fő), azt milyen módon teszik. A résztvevők közül csak ketten végzik szakszerűen, kiemelkedően sokan – 45 fő – az emlő-vizsgálatnak csak egy-egy mozzanatát végzi el. E kérdésnél a nem-válaszolók aránya igen magas volt (17 fő).

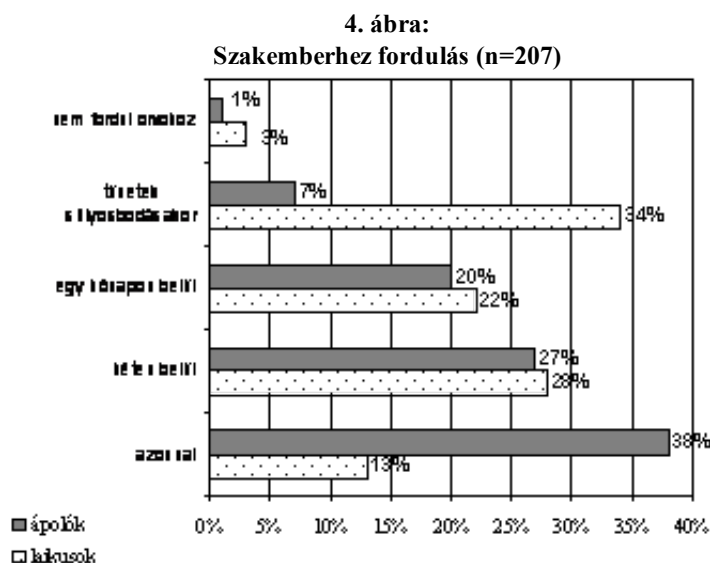
Ma már a laikusok számára is hozzáférhető az orvostudomány legújabb eredményei, kutatásai. Széleskörű ismereteket tesznek lehetővé a világos, megbízható tájékoztatást nyújtó egészségügyi szakfolyóiratok, szak-könyvek; ellenben a hetilapok felszínes tájékoztatásával.

Felmérésünkben a laikus asszonyok nőgyógyászati ismeretei 52 %-ban szakkönyvekből, szakfolyóiratokból származik, egynegyede jelölte meg a hetilapokat, ellenben az egészségügyi dolgozók közül csaknem 90%-a a legújabb orvosi szakkönyvekből és folyóiratokból bővíti elméleti tudását. Elenyésző azok száma, akik más eszközt (pl.: televízió) alkalmaznak ismereteik bővítésére, azonban elszomorító, hogy vannak olyan egyének is (12 %), akik nem néznek utána, mi is állhat az esetleges probléma hátterében.

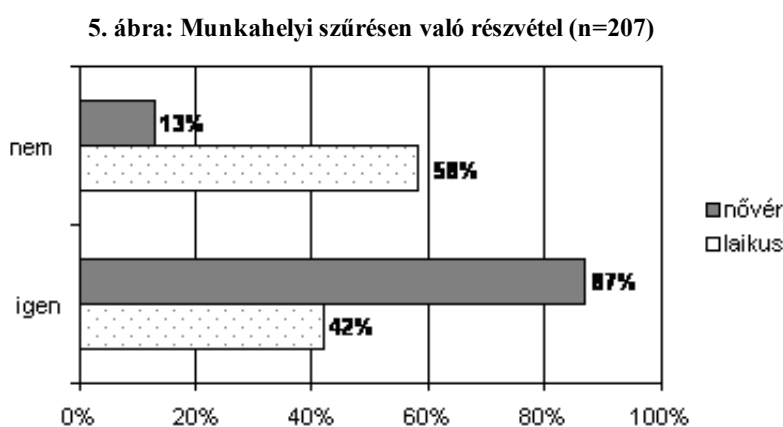
Továbbá érdekelt bennünket az a kérdés, vajon azok a nők, akik a hetilapokból tájékozódnak, mikor fordulnak orvoshoz, - megdöbbentő eredményt kaptunk. Zöme a felszínes tájékoztatás következtében a tünetek súlyosbodásakor vagy egyáltalán nem fordult orvoshoz.

Társadalmunk női tagjaira jellemző, hogy csak végső esetben, legtöbbször későn mennek el orvoshoz. Ennek több oka is van, pl.: félelem, munkahelyi kötelezettség, betegségtudat hiánya. A kapott válaszok is ezt

támasztják alá. Sokan – 96 fő – a tünetek súlyosbodásakor vagy az egy hónapot kivárva fordulnak szakemberhez. (4. ábra)

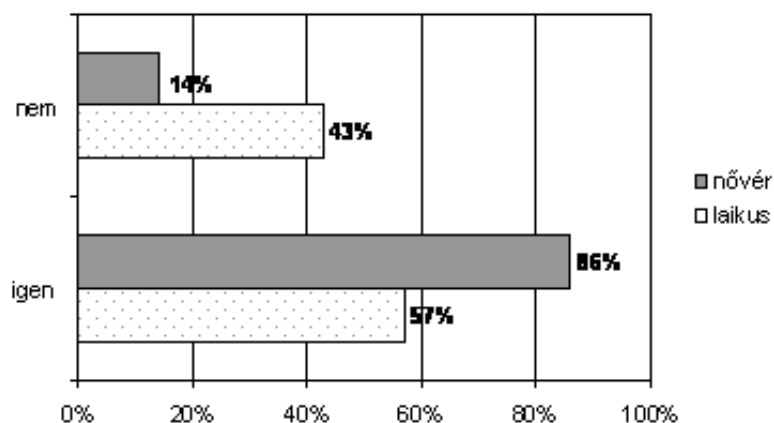


Részt venne-e, ha a munkahely vagy kórház szűrővizsgálatot szervezne? A megkérdezett ápolók 87%-a venne részt munkahelyi szűrésen, míg a nagyvállalat női dolgozói közül csupán 42%-a tartana igényt erre a szolgáltatásra. A nemmel válaszolók indoklása: „megbízom saját orvosomban”, „elégedett vagyok a választott orrossal”, „nem bízok idegen orvosban”, „szégyellném magam mások előtt”, „egyébként sem járok rákszűrésre”. (5. ábra)



A nőgyógyászati témakörben előadásokon való részvételt a laikus nők alig több, mint fele (57 %) igényelné. Biztató, hogy a fiatalok szívesen részt vennének ilyen jellegű programokon. Úgy gondoljuk, őket inkább a fogamzásgátlással, családtervezéssel, terhességgel kapcsolatos előadássorozatok érdekelnék, azonban ennél a korcsoportnál is hangsúlyozni kell a szűrővizsgálatok fontosságát. A 30-59 év közötti nők többsége azonban nem igényli a pontos és szakszerű tájékoztatást, talán úgy érzik, már rendelkeznek megfelelő ismeretekkel és tapasztalattal. Az egészségügyi dolgozók közül 85% tartana igényt nőgyógyászati előadás sorozatra. Számukra - feltételezzük, hogy rendelkeznek alapvető nőgyógyászati ismeretekkel - a Népegészségügyi Program, a hazai rákszűrés és nemzetközi rákkutatás legújabb eredményeinek ismertetését részesítenénk előnyben. (6. ábra)

6. ábra: Nőgyógyászati előadások iránti igény (n=207)



KÖVETKEZTETÉS, JAVASLAT

A hipotézisekben megfogalmazott feltevéseink részben igazolást nyertek, miszerint egyre kevesebb a nőgyógyászati szűrővizsgálaton megjelent rákveszélyes korú nők száma. Bár az egészségügyi dolgozók nagyobb arányban vesznek részt rákszűrésen (54%), és mammográfiás vizsgálaton (57%), úgy gondoljuk ezzel az eredménnyel mégsem lehetünk megelégedve, mivel nem éri el a WHO által elvárt 70%-ot. A vizsgálatunkban résztvevő nők jelentős része végez emlő-önvizsgálatot (az ápolók 91%-a, a nem egészségügyi dolgozók 64%-a), azonban a laikus nők önszűréssel kapcsolatos ismereti szintjük csak részben kielégítő. „Társadalmunkban élő nők nőgyógyászati problémájukkal nem fordulnak időben orvoshoz, részben a tájékozatlanság, részben a vizsgálatról való félelem miatt” hipotézisünk részben igazolást nyert, mivel a megkérdezett laikus nők 59%-a az egy hónapot kivárva vagy a tünetek súlyosbodásakor fordul orvoshoz, szemben az ápolókkal, akik közül 65%-a - egészségügyi ismereteik birtokában - egy héten belül felkeresi szakorvosát.

Véleményünk szerint mindenképpen lépéseket kell tenni arra, hogy a jelenlegi helyzeten változtatni lehessen. A magyar egészségügy egyik legfontosabb feladata a prevenció. Ezt már az alapellátás szintjén, a közösségi orvoslás és ápolás terén kell elkezdni, mint a megelőzés legelső lépését.

Javaslataink

1. Tudatosítani kell az „Egészséget Mindenkinek” népegészségügyi program szellemét, melyben az egészségügyi dolgozók aktív részvételére van szükség. Az onkológiai, nőgyógyászati osztályon dolgozó nővéreket, közösségi ápolókat, valamint a diplomás és egyetemi okleveles ápolókat bevonni a programban, ahol felkészítenék, aktívan bevonják és feladataikat konkrétan meghatároznák a program végre-hajtásában.

2. Tudományos és szakmai ismeretek gyors ütemű fejlődése indokolja a prevenció ápoló-képzés megvalósítását, amit szakirányú továbbképzés formájában lehetne megvalósítani. Célszerűnek tartanánk, ha az okleveles ápolók és diplomás ápolók, akik már rendelkeznek alapszintet meghaladó pedagógiai, egészségfejlesztési, és egészségnevelési többletismerettel, másfél éves szakirányú továbbképzés keretében prevenció ápolói szakképzettséget szerezhethetnének. A végzetek a megszerzett többletismerettel szervesen beépülnének az alapellátásban, és aktív szerepet vállalnának a Népegészségügyi Program megvalósításában. (Németh, 2003)

3. Az ápolók körében is hathatós felvilágosító kampányra van szükség.

Fontosnak tartanánk, hogy az egészségügyi dolgozók – főként szülésznők, onkológiai osztályon dolgozó nővérek, diplomás ápolók más osztályon dolgozó női kollégáinak egészségvédő, egészségnevelő programot szerveznének. Kiemelten fontos téma a nőgyógyászati szűrővizsgálatok jelentősége, propagálása, a legújabb rákkutatás eredményei, a lakosság egészségi állapota, statisztikai adatok ismertetése, ezzel nagyon hatékony szerepet játszhatnának a prevenció gyakorlati megvalósításában. Az egészségnevelő programokkal ösztönözni lehetne az érintett korosztályt, hogy rendszeresen eljárjanak rákszűrésre, és végezzék az emlő önvizsgálatát.

4. Az egészségügyi főiskolán mozgó szűrővizsgálat szervezése. (Úgy gondoljuk mindenképp ösztönző hatású, ha mi oktatók is aktívan részt vállalunk ilyen programokon.)

5. A jelenlegi szűrési rendszer – központi szűrés - kikerüli a házi orvosi szolgáltatást. A családorvos és a

közösségi ápoló nem kap megfelelő tájékoztatást arról, milyen a részvételi arány, az elvégzett vizsgálatok pontos eredményei, mely páciensei kaptak behívólevelet. Úgy gondoljuk, a házi orvosok aktív bevonására is szükség lenne. A házi orvos felelősségének elismerése és elismertetése, meggyőzésük és részvételük a szűrőprogram országos kampányában szintén emelné a részvételi arányt. (László, 2003) A család-orvosok egyedül is képesek hitelt szerezni a kezdeményezett szűrőprogramnak és mindenki másnál jobban tudnak motiválni és stimulálni a meghívottakat arra, hogy elfogadják a szűrő-vizsgálatot.

Fontos a számítógépes nyilvántartás vezetése a házi orvosi rendelőkben, ahol a számítógépes adattár tartalmazza:

-A körzetben szűrésben részesítendő személy nevét és címét, (kiemelt figyelmet érdemelnek azok a nők, akiknél a család anyai ágon érintett nőgyógyászati betegségekben)

-Minden szűrővizsgálatban (kenetvizsgálat) részesült személy azonosító- és vizsgálati anyagait. Ez a szűrővizsgálati nyilvántartási rendszer lehetővé teszi a meg nem jelent személyek név szerinti azonosítását, ismételt meghívását és követését.

Ahhoz, hogy a részvételi arány emelkedő tendenciát mutasson, ún. meghívásos rendszer mellett a visszahívásos módszert is alkalmazni lehetne. Úgy véljük, az ún. meghívásos és visszahívásos szervezési mód alkalmazásával magas – a veszélyeztetetteknek minősülők – akár 80 %-át is meghaladó részvételi arány érhető el. A házi orvos aláírásával ellátott meghívólevél bármi más „hivatalos” behívónál jobb fogadtatásra számíthatna. (1)

6. A nők döntő többsége a munkahelyi (3 műszak)- és családi kötelezettségből adódóan nem jut el sem a nőgyógyász szakorvosához, sem az évenkénti rákszűrő vizsgálatra. Úgy gondoljuk, hogy megoldásként szerepelhet a kórházi osztályon dolgozó ápolók, illetve nagyobb vállalatok női dolgozói körében az évenkénti mobil nőgyógyászati szűrővizsgálat megszervezése az onkológiai gondozó közreműködésével.

7. Fontosnak tartanánk a jelenlegi behívólevél információ tartalmának emelését, vagyis pontosan tartalmazza mindenki számára érthetően, hogy mi a rákszűrés lényege, mi a vizsgálat menete, mit lehet megelőzni vele, a méhnyakrák és az emlőrák gyógyítási lehetőségeit, és külső formátuma kevésbé legyen reklámszerű. (László, 2003)

8. A szűrővizsgálatok propagálásában a médiának (TV csatornák, női magazinok) is fontos szerepet kell vállalnia. Meggyőzőbb lehet televízióban, rádióban leadott riportok egy meggyógyult beteg élményével, vagy egy szakorvos érthető magyarázatával. Ezáltal is tudatosítani lehetne a rákszűrés fontosságát. (Pl.: Svédországban a nők harcolták ki maguknak, hogy legyen rákszűrés, mégis rendszeresen megjelenik a médiában: „Nők, menjetek rákszűrésre”) (László, 2003)

A jövőről végezettel megállapítható, hogy a mortalitási mutatók további javításához változatlanul szükség van rákszűrő vizsgálatok lelkes és folyamatos végzésére. Azonban egy lakossági szűrővizsgálat akkor lehet hatékony, ha a szürendő populáció tagjainak is igénye van a szűrésre. (Pl.: Svájc) A szűrésen való részvételi arány növelésében a döntő lépés az ismeretek szélesebb körű elterjesztése, a rákszűrő vizsgálatról való félelem eloszlata, a tévhitek megcáfolása. (A laikus nők körében a rák még mindig gyógyíthatatlan kórként él a köztudatban. Ezzel szemben az igazság az, hogy az előrehaladott, későn felismert és a szervezetben már szétterjedt daganatos betegség gyógyíthatatlan.)

Tudatosítani kell minden nő számára, hogy a rákszűrő vizsgálatnál elsősorban nem „rákot szűrnek”, hanem azokat a kóros elváltozásokat igyekeznek felderíteni, amelyekről tudják, hogy kezelés nélkül évek múlva daganattá válhatnak. Hosszabb távon azonban elengedhetetlen a felelős egészségmagatartás kialakítása, az egészség megőrzésével kapcsolatos ismeretek bővítése már a korai életszakaszban, az iskolában a pedagógusok, egészségfejlesztők, egészségtan tanárok segítségével. E tevékenységek bizonyára csökkentenék a nőgyógyászati rákszűrés kiterjesztésének ma még messze nem megoldott problémáját.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Bodó, M. (1997): Kommentár
Orvostovábbképző szemle IV. évf. 5. szám, 88-90
2. Kásler, M. és Ottó, Sz. (1993): A rosszindulatú daganatok másodlagos megelőzése, korai felkutatása („szűrés”).
Orvosi Hetilap 134 évf. 9. szám, 473-480
3. László, M. (2003): A lakosság emlőszűrésen való részvétel motivációi
<http://www.antsz.hu/>
4. Németh, K. (2003): A daganatok szűrésének lehetőségei hazánkban
Nővér 16. évf. 2. szám, 3-10
5. Pakai, A (1999): Szűrővizsgálatok jelentősége a nőgyógyászat körében. Szakdolgozat, SZOTE, Egészségügyi Főiskolai Kar, Diplomás Ápoló Szak
6. Simon, J. (1994): Az epidemiológia, megelőzés és szűrés helyzete a nőgyógyászati onkológia területén.

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A szájon át (per os) alkalmazott kemoterápiás kezelés hatása a betegek életminőségére

Zatkó Jánosné, Uzsoki Utcai Kórház Onkoradiológiai Központ Kemoterápiás Ambulancia

Összefoglaló

Tapasztalatok szerint egyre növekszik az igény olyan kemoterápiás kezelésekre, melyek során a betegek szájon át alkalmazandó gyógyszereket kapnak, és ezek a készítmények képesek utánozni az intravénás infúzió hatékonyságát annak korlátai, kockázatai nélkül. A szerző saját tapasztalatai szerint a kemoterápiás szerek infúziós terápiában történő alkalmazása nagyobb mértékben rontja a betegek életminőségét, egyúttal növeli az onkológiai részlegek ápolóinak munkaterhelését is.

A budapesti Uzsoki Utcai Kórház Onkoradiológiai Központ Kemoterápiás Ambulanciáján több mint 2 éve alkalmaznak per os capecitabine terápiát kúraszerűen, egyes előrehaladott rosszindulatú daganatok kezelésében.

A kezeléssel kapcsolatosan vizsgálódni kezdtek az ellátott betegek körében annak feltárására, hogy mi a véleményük erről a kezelési módszerről, és hogyan értékeli életminőségük változását a kezelés alatt.

A szerző a betegek válaszait dolgozta fel, és ezeket kiegészítette saját ellátási tapasztalataival.

BEVEZETÉS

Az ápolás gyakorlatában jól ismert tapasztalat, hogy rosszindulatú daganatos elváltozásban szenvedő betegek a súlyosan megterhelő műtétek után, vagy az egyes (kemoterápiás és/vagy sugár-) kezelésekközött saját otthonukban, családi környezetben szeretnének gyógyulni, lábadozni. Általában minden beteg úgy érzi, hogy csak így tudja mielőbb visszaszerezni a műtét és a kezelésekközött elveszített energiáit, mert végre saját ágyában aludhat, kedve szerint étkezhet, saját fürdőszobájában tisztálkodhat stb.

Jól ismert tény az is, hogy a daganatos beteg onkológiai kezelését nem célszerű halogatni, kényelmi szempontoknak alárendelni. Ugyanakkor egyre többször fordul elő, hogy a beteg már annyira belefárad a sorozatos megpróbáltatásokba, hogy visszautasítja a kezelést a kockázatra vonatkozó minden tájékoztatás ellenére, és nem vállal újabb kórházi befekvést, vagy akár ambuláns infúziós kezelést.

A szájon át történő citosztatikus kezelésnek az a legnagyobb előnye, hogy elkerülhetők a hosszan, akár napokon át is elhúzódó és ismétlődő kórházi kezelésekközött. Hátránya lehet viszont az, hogy a szakorvos, a szakápoló a kezelést csak időnként felügyeli, a tabletták pontos előírás szerinti bevétele, a tünetek, panaszok észlelése és az eltérések jelzése a beteg feladata. Ez a kezelési forma a beteg és családja számára nagyobb felelősséggel jár, de aktívabb résztvevői lehetnek a daganatos betegség gyógyítási folyamatának.

MÓDSZER

Több, mint 40 éve a fluoropirimidinek (5-Fu) jelentik az egyik alapvető kezelést a leggyakoribb szolid tumorok (gyomor-bélrendszeri és emlőtumorok) kezelésében. Ezt a széles hatású citosztatikumot alkalmazzuk monoterápiában és kombinált terápiákban egyaránt. Tapasztalatok szerint a terápia tartós infúzióban jóval hatékonyabb, mint bolus kezelésben. Az Onkoradiológiai Központ gyakorlatában a tartós 5-Fu terápiát kétféle módon alkalmazzuk: vagy kórházi felvétel történik, vagy az utóbbi időben elterjedt ambuláns kezelési módot választjuk (ilyenkor egyszer használatos, hazavihető infúziós pumpát alkalmazunk). Mindkét módszer rendkívül költséges (tartós véna biztosítása,

ápolási napok, infúziós adagolópumpa stb.)

Ezek az eljárások természetesen növelik az onkológiai osztályok egyébként is jelentős terhelését, és a betegek is sok kényelmetlenséget okoznak.

Az Uzsoki Utcai Kórház Onkoradiológiai Központ Kemoterápiás Ambulanciáján több mint 2 éve alkalmazunk capecitabine terápiát előrehaladott emlő és colorectalis daganatos betegek kezelésében. Ez a szer az első tumor által aktivált orális gyógyszer. Egyedülálló tulajdonsággal rendelkezik, amelyet tumor-szelektív aktivációnak neveznek, és ez azt jelenti, hogy valódi hatóanyag csak a tumorban lesz a bevitt vegyületből.

Ez a tulajdonság célzott terápiát tesz lehetővé, amely természetesen fokozza a hatékonyságot, és csökkenti a toxicitást.

Mivel orálisan adható, ezért kényelmes, betegközpontú kezelést tesz lehetővé. Adagolása a testfelület nagysága szerint kerül megállapításra, általában 14 napig naponta kétszer kell a filmtablettákat bevenni, majd egy hét szünet, és a kúra ismétlése következik. A kezelést felfüggesztik súlyos toxikus tünetek megjelenése vagy a daganatos folyamat progressziója esetében.

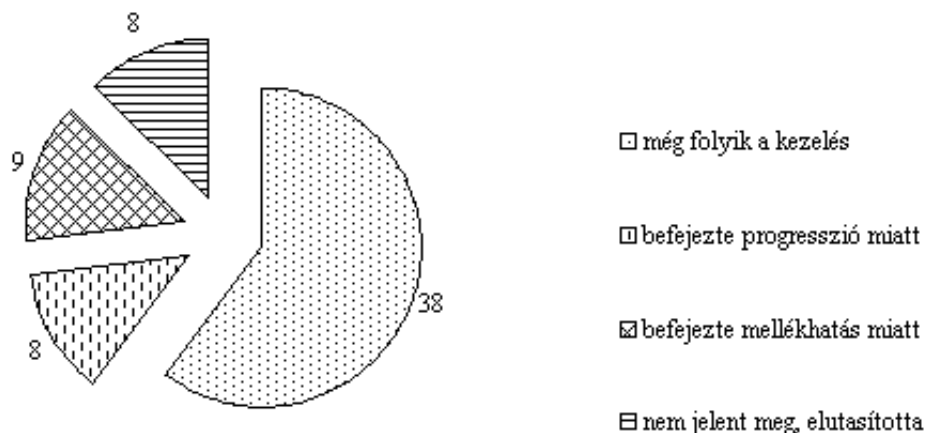
A kezeléssel kapcsolatos tapasztalataink kiegészítése céljából vizsgálatot kezdtem, melyben arra voltam kíváncsi, hogy

1. Mi a betegek saját véleménye erről a kezelési módszerről?
2. Saját megítélésük szerint hogyan változott életminőségük a kezelés alatt?

Az adatgyűjtés anonim kérdőíves módszerrel történt. Azok számára juttattam el a kérdőívet, akik 2004 június és 2004. november között 3 vagy több kúra kezelésben részesültek. Értékelésre összesen 63 kérdőív került, a válaszolók közül 38 fő előrehaladott emlődaganatos megbetegedésben, 25 fő colorectalis daganatos betegségben szenved.

A vizsgálat időpontjában is kezelés alatt állt közülük 38 fő, már befejezte a kúrát 25 fő. A kezelés befejezésének oka a daganatos folyamat progressziója, a kezelés mellékhatása vagy a kezelés visszautasítása volt. A vizsgálati minta kezelés szerinti megoszlását szemlélteti az 1. ábra.

A kezelés folyamata



A betegeknek feltett kérdések összeállításánál az alábbi szempontokat vettük figyelembe:

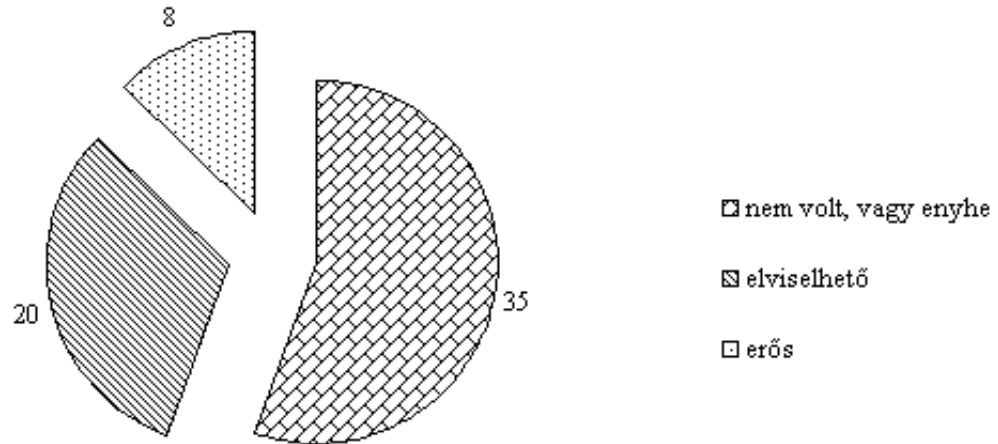
- Jelenjen meg a gyógyszer várható általános mellékhatásainak értékelése, mely jelentős hatással van a betegek életminőség változására. A capecitabine várható mellékhatásai gyakoriságuk szerint: hand-foot szindróma (a kéz és láb bőrének piros elszíneződése, hólyagosodása, mely égő, viszkető érzéssel, fájdalommal jár), hányinger, hányás, hasmenés, idegrendszeri tünetek (fáradékonyság, aluszékonyság, zavartság stb.), hajhullás.

- Tekintettel arra, hogy a betegek jelentős része előzően már kapott valamilyen infúziós kemoterápiás kezelést, sokuknak van összehasonlítási alapja a két kezelési típus között, ezért ez jelenjen meg a kérdésekben. (Meg kell említenünk azt is, hogy tapasztalatok szerint a többszöri kemoterápián átesett betegek mind pszichésen, mind fizikálisan sokkal érzékenyebben reagálnak a gyógyszerek mellékhatásaira.)

EREDMÉNYEK

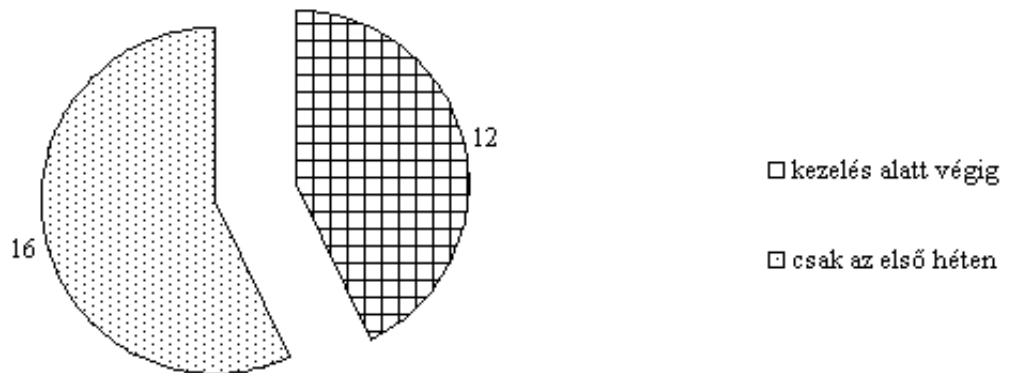
A kúrák alatt a betegek több mint fele nem tapasztalt hányingert, vagy csak enyhe hányingere volt, és igen jelentős volt azok aránya, akik ezt a panaszt az „elviselhető” kategóriába sorolták. A válaszok megoszlását a 2. ábra mutatja.

Hányinger a kezelés alatt



A hányingerre panaszukó betegek a kezelésekk közötti szünetben panaszmentesek voltak, és többségük csak a kezelés első hetében észlelte ezt a panaszt. A kezelés egyes fázisai közötti megoszlást a 3. ábra szemlélteti.

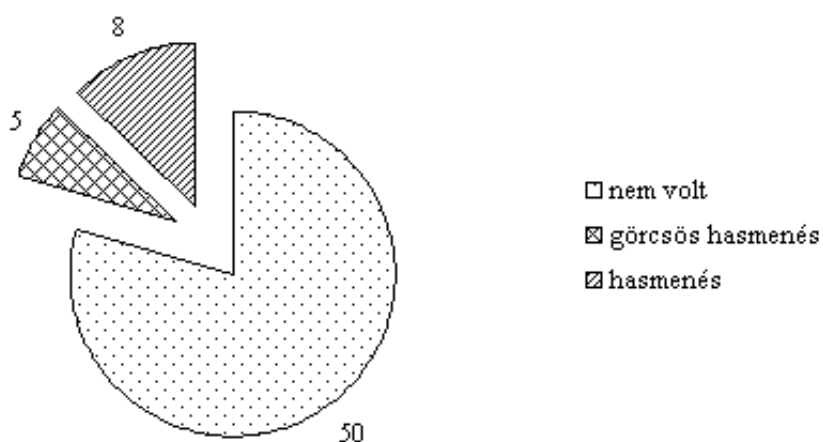
A hányinger fennállása



Itt kell megjegyeznünk, hogy sok betegnek a gyógyszer bevétele önmagában is nehézséget okoz, hiszen nagyméretű filmtablettáról van szó, melynek adagja naponta 2x3 vagy 4 tablettá is lehet.

Hasmenéses tünetei a betegek alig több mint negyedének volt, a válaszok megoszlását a 4. ábra mutatja.

Hasmenés a kezelés alatt



Megkérdeztük kültakaró állapotához, valamint az általános közérzethez kapcsolódóan a betegek által észlelt egyes elváltozások, tünetek és panaszok megjelenését. Ezeket az 1. táblázatban foglaltuk össze.

1. táblázat
A betegek által észlelt egyes elváltozások, tünetek és panaszok

<i>a kültakaróval kapcsolatos elváltozások, tünetek és panaszok</i>	esetszám	<i>egyéb tünetek és panaszok</i>	esetszám
bőrszárazság	32	étvágytalanság	27
hámplás	29	fémes / kellemetlen szájíz	8
törékeny és/vagy elszíneződött köröm	21	fáradtság	29
		levertség	21
		gyengeség	37
		zavartság	0
<i>kéz – láb tünetegyüttes</i>		könnyezés	8
hólyagosodás	17	végtagfájdalom	27
bőrpír	17	fejfájás	5
égető, viszkető érzés	21	szédülés	5
		alvászavar	8
		hőemelkedés, láz	17

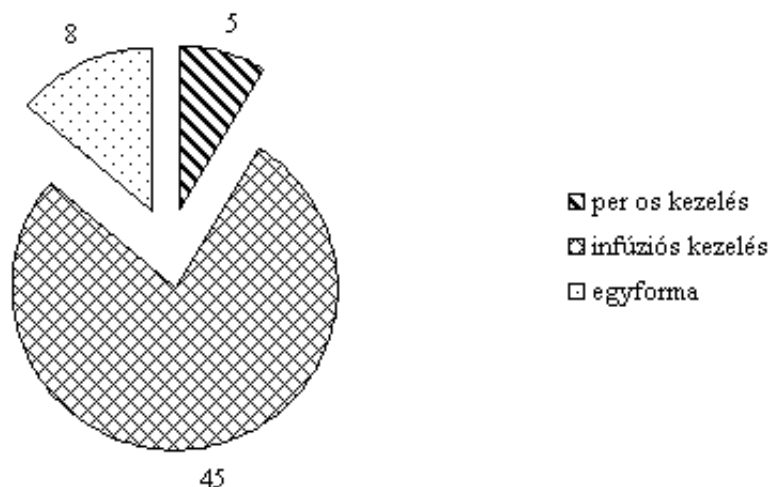
Külön kitértünk a betegek hajhullással kapcsolatos tapasztalatainak megkérdezésére. A válaszokból kiderült, hogy csupán enyhe hajhullást tapasztalt 12 fő, és nem észlelt hajhullást 51 fő. Ez igen figyelemre méltó adat, hiszen az ilyen típusú megbetegedések esetében az alkalmazott infúziós citosztatikus kombinációk legalább 50–70 %-ban okoznak nagyfokú vagy teljes alopeciát.

Megkérdeztük, hogy a kezelés alatt csökkentették-e a gyógyszer adagját valamely mellékhatás miatt? (Az alkalmazási előírat szerint a toxicitás fokától függően első lépés a gyógyszer dózisének csökkentése.) 21 személynél, vagyis a betegek 1/3 részénél kellett csökkenteni a gyógyszer adagját.

A capecitabine terápia alatt kötelezően előírt laboratóriumi vérvizsgálatot kell végezni minden új 14 napos kúra megkezdése előtt. Megkérdeztük a betegeket, hogy volt-e halasztva a kezelésük a vérvételek alkalmával kimutatott rendellenesség (vérképzőszervi mellékhatások) miatt? 13 betegnél (kb. 1/5 rész) került sor halasztásra.

A vizsgálatban részt vevők közül 58 beteg előzően már részesült infúziós citosztatikus kezelésben is. Tőlük megkérdeztük, hogy melyik kezelést viselték nehezebben? A válaszok megoszlását az 5. ábra tartalmazza.

Melyik kezelést tartja nehezebben elviselhetőnek



KÖVETKEZTETÉS

Annak ellenére, hogy vizsgálatunk eredménye nem terjeszthető ki, hanem korlátozott érvényességű (a tanulmány csak helyi szintű, viszonylag alacsony a vizsgálati minta elemszáma, nem tekinthető reprezentatív mintának stb.) az eredmények mégis elgondolkodtatóak, illetve egyes következtetések levonhatóak a szájon át történő citosztatikus kezeléssel kapcsolatban:

A betegek megítélése szerint

- jobban tűrhetőek a mellékhatások
- nem esnek ki a mindennapi életükből (család, munkahely, társadalmi élet)
- jobb az életminőségük a kezelés alatt.

Az egészségügyi szolgáltatók szempontjából ez az eljárás költségkímélő, és lényegesen alacsonyabb a munkaerő-szükséglete.

A daganatellenes hatásosság tekintetében pedig már nemzetközi vizsgálatok bizonyítják azt, hogy legalábbis azonos, de biztosan nem rosszabb („non inferiority”), mint a tartós infúziós terápia. Toxicitás szempontjából pedig jóval biztonságosabbnak bizonyult az eddig szokásos infúziós kezeléseknél.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Cassidy, J., Twelves, C., Van Cutsem, E. et al.
First line oral capecitabine therapy in metastatic colorectal cancer: a favorable safety profile compared with intravenous 5-fluorouracil/leukovorin.
Annals of Oncology 13. 566-675, 2002
2. Van Custem E, Twelves C., Cassidy J., et al.
Oral capecitabine compared with intravenous fluorouracil plus leukovorin in patient with metastatic colorectal cancer: results of a large phase III. study.
J Clin Oncol 2001;19;4097;106.
3. O'Shughnessy J.A., Blum J., Moiseyenko V. et al.
Randomized open-label, phase II. trial of oral capecitabine (Xeloda) with vs. a reference arm of intravenous CMF as first-line therapy for advanced/metastatic breast cancer.
Annals of Oncology, 2001.12. 1247;54
4. Miaskowski, C.
Onkológiai ápolás
Medicina Könyvkiadó Rt. 1998.

Magyarországon és az Amerikai Egyesült Államokban működő szervezett daganatszűrő programok ajánlásai

*Németh Katalin főiskolai tanársegéd, Klinikai és Ápolástudományi Intézet
Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar Pécsi Képzési Központ*

*Szabó László főiskolai tanársegéd, Klinikai és Ápolástudományi Intézet
Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar Pécsi Képzési Központ*

*Dér Anikó tudományos segédmunkatárs, Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Ápolástani Tanszék, Pécsi
Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központ*

*Karamánné Pakai Annamária főiskolai tanársegéd, Klinikai és Ápolástudományi Intézet
Ápolástani Tanszék, Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központ*

Összefoglaló

Vizsgálat célja: Hazánkban és az Amerikai Egyesült Államokban jelenleg szervezeten működő daganatszűrő programok ajánlásainak összehasonlítása szakirodalmi adatok alapján.

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

Vizsgálati módszer: Az American Cancer Society (ACS) (Amerikai Rák Társaság) legaktuálisabb rákszűrésre vonatkozó 2004-es irányelveit hasonlítottuk össze, a Nemzeti Népegészségügyi Programban leírt, hazai rákszűrési ajánlásokkal. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat adatai alapján vizsgáltuk a szervezett női emlő és méhnyakrák szűrővizsgálatának kihasználtságát hazánkban.

Eredmények: Hazánkban a szervezett női emlő, és méhnyakrák szűrővizsgálatokon megjelentek aránya jóval a kívánt szint (70%) alatt marad, ez első esetben a vizsgált adatok alapján adott időben, a megjelenési arány 40%-os, a második betegség típusnál 4%-os volt.

Következtetések: A cél, hogy a szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével 70 éves kor alatt 5-10 %-kal mérséklődjön a daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig, ilyen alacsony számú lakossági részvétel mellett nem tud megvalósulni, így az ápolók és az egészségügyi team többi tagjának is feladata, a lakossági szűrések népszerűsítése, propagálása.

Bevezetés

A magyar népesség megbetegedési és halálozási viszonyai az elmúlt évtizedekben nem mutattak számottevő javulást, sőt bizonyos betegség típusok (pl.: egyes daganatos betegségek) előfordulási gyakorisága folyamatosan növekszik. (1. táblázat) (Döbrössy szerk., 2000).

1970	199, 6
1980	227, 8
1990	251, 8
2000	275, 8
2003	282, 0

A krónikus, nem fertőző megbetegedések súlya meghatározó az elkerülhető, az idő előtti halálozásban és a megbetegedésekben. (Kásler és Ottó, 1994).

A krónikus nem fertőző megbetegedések egyéni hajlama genetikai, biológiai, maga-tartásbeli és környezeti tényezőktől függ. A megelőzés egyik fő útja az egészségmagatartás és a környezet befolyásolása. Az egészségügyi ellátó rendszer megelőzési szemléletének fejlesztése és gyakorlati megvalósítása ebben a betegcsoportban is a korai felkutatáson és kezelésen alapszik. Ezen kívül a lakossági szintű szervezett szűréseknek is jelentős szerepe van a rákos betegségek megelőzésében. A másodlagos megelőzési program teljessége csak a korán kiszűrt betegek modern ellátásának és gondozásának megvalósításával érhető el (Döbrössy szerk., 2000)

Problémafelvetés

A magyar lakosság egészségi állapota és életkilátásai kedvezőtlenül alakulnak. A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási arányai növekvő tendenciát mutatnak, (2. táblázat, 3. táblázat)

2. táblázat

Nők daganatos halálozási sorrendje Magyarországon 1999-2003 (Forrás: KSH)

Daganat típusa	1999	2001	2003
Emlő	2356	2304	2309
Colorectalis (C18-C21)	2314	2258	2311
Tüdő	2086	2161	2352
Gyomor	952	850	853
Hasnyálmirigy	791	780	874
Petefészek	637	617	629
Méhnyak	500	539	465

3. táblázat

Férfiak daganatos halálozási sorrendje Magyarországon 1999-2003 (Forrás: KSH)

Daganat típusa	1999	2001	2003
Tüdő	5797	5741	5849
Colorectalis (C18-C21)	2598	2594	2784
Prosztata	1387	1316	1038
Ajak és szájüreg	1361	1372	2044
Gyomor	1354	1432	1182
Hasnyálmirigy	771	781	784

a keringési rendszer eredetű halálokok mögött (2003-ban hazánkban 31840 férfi és 37210 nőbeteg halálában szerepelt oki tényezőként első helyen kardiovaszkuláris érintettség) a második helyet foglalják el, 25 %-os gyakorisággal (ÁNTSZ, 2005).

A magas rákhalálási gyakoriságot (2003-ban 34062 fő) többféle okra lehet visszavezetni, az önpusztító életmód, táplálkozási szokások, a jelentős mértékű cigaretta és töményszesz fogyasztás, környezetszennyezési problémák, lelki eredetű érintettség, valamint az adott szűrővizsgálati lehetőségek alacsony kihasználtsága (Sebestyén szerk., 2001). (4. táblázat, 5. táblázat)

4. táblázat

Nők daganatos halálási sorrendje Magyarországon 2003-ban (Forrás: KSH)

Daganat típusa	2003. év
Légcső-hörgő- tüdő	2352
Colorectalis (C18-C21)	2311
Női emlő	2309
Máj, epeút	928
Hasnyálmirigy	874
Gyomor	853
Leukémia	491
Méhnyak	465
Ajak és szájüreg	421
Egyéb	3995
Összesen	14999

5. táblázat

Férfiak daganatos halálási sorrendje Magyarországon 2003-ban (Forrás: KSH)

Daganat típusa	2003. év
Légcső-hörgő- tüdő	5849
Colorectalis (C18-C21)	2784
Ajak és szájüreg	2044
Gyomor	1182
Prostata	1038
Máj, epeút	869
Hasnyálmirigy	784
Leukémia	474
Egyéb	3769
Összesen	19063

Az alábbiakban két működő rákszűrő rend-szer elveit szeretnénk ismertetni. Az első, a jelenleg Magyarországon is működő rendszer, melynek alapjait a Nemzeti Népegészségügyi Program képzí (MK, 2003). A másik az American Cancer Society (ACS) (Amerikai Rák Társaság) legaktuálisabb rákszűrésre vonatkozó 2004-es irányelvei. (ACS, 2004).

A szűrővizsgálat céljai:

1. kimutassa a más módon még fel nem ismert daganatot
 2. kiszűrje a még kialakulásának kezdeti szakaszában lévő betegséget
 3. felismerje a daganatmegelőző állapotokat, melyek a rákkeletkezés számára jó alapot adnak
 4. mérsékelje a daganatos betegségből eredő halálózást (Döbrössy szerk., 2000).
- A Nemzeti Népegészségügyi Program Népegészségügyi szűrővizsgálatok fejezete a 6. táblázatban összefoglalt ajánlásokat teszi a szervezett és célzott onkológiai szűrővizsgálatokra. (MK, 2003).

6. táblázat

Magyarországon ajánlott lakossági szűrővizsgálatok (Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Program-2003)

Daganat típusa	Korcsoport	Teszt vagy eljárás	Gyakoriság
Emlő	20 év feletti nők	Emlő önvizsgálat Klinikai emlővizsgálat Mammographia	havonta nőgyógyászati vizsgálat részeként 45-65 év között két-évente
Méhnyak	25 év feletti nők	Citológiai vizsgálat (Papanicolaou-teszt)	25-65 év között egyszeri negatív vizsgálatot követően 3 évenként
Colorectális	45 év felettek	Széklet okkult vérzés laboratóriumi vizsgálata	45-65 év közötti nők és férfiak 3-5 évente

A növekvő tendencia miatt az ajak és szájüregi rák, továbbá a prosztatákra célzott szűrése is kardinális kérdés hazánkban.

Hazai célok: a szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével 70 éves kor alatt 5-10 %-kal mérséklődjön a daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig.

Az emlőszűrés a méhnyak szűrés optimális kihasználtsága a célzott populációt érintően 70%-70%-os lenne, de a részvételi adatok ezt nem támasztják alá. A 7. és 8. táblázat a kihasználtsági rátát mutatja (MK, 2003).

7. táblázat

Emlőszűrési Teljesítmény Adatok, Összesített Éves Statisztika, Magyarország 2002., 2003., 2004.

(Forrás: www.antsz.hu- lakossági szűrővizsgálatok)

Emlőszűrés, mammographia	Meghívottak	Megjelentek	Visszahívottak	Visszahíváson megjelentek	Benignus eset	Malignus eset
2002	747163	323758	21733	19183	660	1127
2003	553537	220552	16608	14664	394	867
2004	603811	221561	16228	13160	248	645
összesen	1904511	765871	54569	47007	1302	2639

A 7. táblázat adatai egyértelműen mutatják, hogy a célzott 70%-os megjelenési arány nem teljesült, a meghívott populáció, mintegy 40%-a vett részt mammográfiás szűrővizsgálaton.

Másik cél az, hogy a méhnyakrák okozta halálozás 60%-kal csökkenjen azáltal, hogy a 25-65 év közötti nőknél egyszeri negatív szűrővizsgálatot követően háromévenként megismételt, citológiai vizsgálatot is alkalmaznak. A méhnyakrák szűrés propagálásának két fő oka ismeretes. Egyik, hogy a méhnyakrák keletkezése időben elhúzódó és több jól felismerhető szakaszból áll. A másik ok, hogy ezen típusú rák és megelőző állapotai biztonsággal kimutathatók, mielőtt még az asszonyoknak tüneteket, vagy panaszokat okoznának.

8. táblázat

Citológiai Laborjelentések összesítése, Magyarország, 2003. szeptember-2004. december

(Forrás: www.antsz.hu- lakossági szűrővizsgálatok)

Citológiai vizsgálat	Behívók	Megjelentek	Negatív	Pozitív	Ismételt vizsgálat
	602806	23777	21059	691	4084

A 8. táblázat adatai mutatják, hogy a célzott 70%-os megjelenési arány nem teljesült, a meghívott populáció, mintegy 4%-a vett részt onkocitológiai szűrővizsgálaton 2003. szeptember-2004. december hónapja között.

A rosszindulatú emlő- és méhnyakdaganatok jelentős népegészségügyi problémát, és jelentős életveszteségeket okoz hazánkban. (Sebestyén et al, 2001). 9. táblázat mutatja a női emlőrák és méhnyakrák

okozta halálozást 100000 lakosra.

9. táblázat
Halandóság alakulása kiemelt halálokok szerint 100000 lakosra Magyarországon 1970-2003 (Forrás: KSH)

Év	Női emlőrák	Méhnyak rák
1970	24,1	9,3
1980	32,6	12,1
1990	38,9	11,2
2000	43,3	9,0
2002	41,9	9,6
2003	43,4	8,7

Amerikai Egyesült Államok

Az ACS évenként közreadja a daganatok felismerésére vonatkozó irányelveit, a daganatok szűrésével és korai felismerésével kapcsolatos újabb eredményeit.

Az évente megjelenő beszámoló az ACS rákszűréssel kapcsolatos irányelveinek összegzése, de az előző évi felújított irányelvek háttérét és magyarázatát is tartalmazza, felhívja a figyelmet a korai rákfelismerésre vonatkozó újabb adatokra és kérdésekre. (ACS, 2004)

Az ACS 2004-ben megújította az emlőrákszűrési irányelveit, a kolorektális daganatok szűrésére vonatkozó irányelveket és új módszereket, és újabb ajánlásokat tett a méhnyakrákszűréssel kapcsolatban. A prosztatata és tüdőrákszűrésre vonatkozó elveire a 2001-ben közreadottak érvényesek. Az Amerikai Egyesült Államokban jelenleg megcélzott korcsoportokat, az alkalmazott tesztek és a szűrés gyakoriságát tartalmazó adatokat a 10. táblázat ismerteti.

10. táblázat

Az American Cancer Society irányelvei (2004) a daganatok szűrésével és korai felismerésével kapcsolatban (Forrás: Cancer Journal for Clinicians - Magyar Kiadás 2004)

Daganat helye	Korcsoport	Teszt vagy eljárás	Gyakoriság
Emlő	20 év feletti nők	Emlőönvizsgálat Klinikai emlővizsgálat Mammographia	A 20-as életévek elejétől a nőket tájékoztatni kell az emlő önvizsgálatának lehetséges előnyeiről és korlátairól. Hangsúlyozni kell az emlővel kapcsolatos minden új tünet azonnali jelzésének fontosságát. Az önvizsgálat mellett döntő nőket meg kell tanítani a megfelelő technikára, és az időszakos egészségvizsgálat idején ellenőrizni kell annak elsajátítását. Elfogadható, ha a nők nem vagy csak alkalom-szerűen végeznek önvizsgálatot. A 20-30 éves nők számára ajánlott a klinikai emlővizsgálat elvégzése az időszakos egészségvizsgálat részeként, legalább háromévente. Negyvenéves kor felett, tünetek hiányában a klinikai vizsgálatra optimálisan évente kell sort keríteni 40 éves kortól évente, az átlagos kockázatú nőknél, a mammographiát előzze meg klinikai emlővizsgálat
Vastagbél		Széklet occult	50 éves kortól évente

		vérteszt, (FOBT-faecal occult blood test) vagy Flexibilis sigmoidoscopya, vagy Széklet occult vérteszt és flexibilis sigmoidoscopya, vagy Kettős kontrasztos báriumfeltöltés, vagy colonoscopya	50 éves kortól ötévente 50 éves kortól évente FOBT és ötévente flexibilis sigmoidoscopya 50 éves kortól ötévente 50 éves kortól tízévente
Prosztata		Rectális digitális vizsgálat (RDV) és prosztatspecifikus antigén (PSA) teszt	50 éves kortól minden évben meg kell adni a lehetőséget a PSA-mérésre és RDV elvégzésére, ha az életkilátások meghaladják a 10 évet.
Méhnyak	18 év feletti nők	Citológiai vizsgálat (Papanicolaou-teszt)	A szűrést az első szexuális kapcsolat után kb. 3 évvel, de legkésőbb 21 éves korban meg kell kezdeni. A szűrést szokványos Pap-teszttel évente, folyadék alapú citológiával kétévente kell ismételni. Harminc éves kor után, három egymást követő negatív lelet birtokában a szűrési intervallum 2-3 évre nyújtható. Hetvenéves életkor felett, ha legalább három normális citológiai leletük született, illetve az elmúlt 10 évben nem volt kóros kenetük, vagy teljes hysterectomian estek át, méhnyakrákszűrés abbahagyása mellett dönthetnek.
Endometrium	menopausában lévő nők	-----	A menopausa kezdetén az átlagos kockázatú csoportba tartozó nőket fel kell világosítani a méhtestrák veszélyéről és tüneteiről, nyomatékosan fel kell hívni a figyelmüket arra, hogy minden rendellenes vagy pecsételő vérzés esetén forduljanak orvoshoz.
A daganatos betegséggel kapcsolatos ellenőrzés	20 év feletti férfiak és nők		Az időszakos egészségvizsgálat alkalmával a daganatokkal kapcsolatos ellenőrzésnek magába kell foglalnia a pajzsmirigy, herék, a petefészek, a nyirokcsomók, a szájüreg és a bőr vizsgálatát, valamint tájékoztatást a dohányzásról, a napozásról, a diétáról és a táplálkozásról, szexuális szokásokról, valamint a környezet és foglalkozás ártalmairól.

Kiegészítő megjegyzések:

Emlőrákszűrés

Ma még az Amerikai Egyesült Államokban sem áll elegendő adat rendelkezésre ahhoz, hogy nagy kockázat esetén specifikus ellenőrzési stratégiát alkalmazzanak-e, a felújított irányelv megállapítja, hogy a veszélyeztetett csoportban előnyös lehet a szűrés korábbi megkezdése, a rövidebb szűrési intervallum, valamint a szűrés kiegészítése ultrahang és MR-vizsgálattal.

A mammográfiás szűrés abbahagyására vonatkozóan az ACS egyéni döntéshozatalt ajánl életkor alapján, a szűrés lehetséges előnyeit és veszélyeit az átlagos egészségi állapot és a várható élettartam függvényében figyelembe véve. Az idősebb korosztályban a megelőző egészségügyi stratégiáktól további előnyök várhatók, a mammográfiás szűrés a jó egészségi állapot fennmaradásáig folytatni kell.

„Elfogadható, ha a nők nem vagy csak alkalomszerűen végeznek önvizsgálatot.” Ennek szakirodalmi alátámasztása: A Fred Hutchinson Cancer Research Center, WA, USA által végzett tanulmány szerint a nők önvizsgálatának megtanítása nem csökkenti az emlőrákos megbetegedésből származó mortalitást. David Thomas és kollégái véletlenszerűen kiválasztottak 266064 sanghaji gyári munkást, akiket vagy megtanítottak az önvizsgálatra, vagy kontrollcsoportba kerültek. Az önvizsgálati csoportba sorolt nőket megtanították az emlő helyes vizsgálatára, majd 1 és 3 évvel később ismételt képzést tartottak számukra. Rendszeresen emlékeztették őket a havonta esedékes önvizsgálatra, félévente pedig orvosi vizsgálatot végeztek 5 éven keresztül. A kontrollcsoport tagjainak semmilyen információja nem volt az emlőrák szűrését illetően. 10-11 év múlva semmilyen különbség nem mutatkozott az emlőrákos mortalitás terén az önvizsgálati és kontrollcsoport között. (Thomas, Gao, Ray et al, 2002)

Tüdőrák szűrése

Az ACS ma nem javasolja a tüdőrák szempontjából veszélyeztetett tünetmentes személyek szűrését. Az ACS fenntartja azt a korábban kialakult álláspontot, hogy az erős dohányzás vagy foglalkozási ártalmak miatt kockázati csoportba tartozó személyek és orvosaik egyedi elbírálás alapján döntsenek a szűrővizsgálat elvégzéséről. (Smith, Mettlin, Davis, Eyre, 2000)

Jelentős szerepe van itt is a tájékozottságon alapuló döntéshozatal fontosságának. (Vatay ford., 2003)

Az ACS 2004-ben azt javasolta, hogy a daganatokra irányuló vizsgálatokat inkább az általános, időszakos egészségvizsgálat keretén belül végezzék el, szemben a beteg életkorán alapuló speciális intervallumokban (ACS, 2004).

A 11. táblázat mutatja a tüdőszűrő vizsgálatok hatékonyságát hazánkban 1980-2003 között (KSH, 2004).

11. táblázat
Tüdőszűrő vizsgálatok hatékonysága Magyarországon 1980-2003 (Forrás KSH)

Év	Tbc	Igazolt tüdődaganat	Összes szűrés
1980	2464	1179	6480073
1990	1541	2041	4828518
2000	1357	1996	3977846
2003	1016	2007	3717518

A 12. táblázat az ACS által végzett statisztikai elemzést tartalmazza.

Daganat típus	Életkor	Férfiak	Nők
Vastagbélrák	50 év felett		
Flexibilis sigmoideoscopia vagy colonoscopia		41, 7	39, 5
Széket okkult vérteszt	50 év felett	22, 4	21, 4
Emlőrák			
Mammographia	40-64	--	60, 5
	65 év felett	--	63, 8
Mammographia és	40-64	--	54, 9

klinikai emlővizsgálat	65 év felett	--	52, 3
Méhnyakrák			
Papanicolaou-teszt	18-44	--	88, 1
	45 év felett	--	83, 4
	65 év felett	--	74, 4
Prosztatarák			
PSA teszt	50 év felett	53, 7	--
RDV	50 év felett	52, 0	--

A rákszűrő vizsgálaton való részvételi arány az Egyesült Államok felnőtt lakossága körében (2002) súlyozott átlagok (95% CI) (ACS, 2004).

A szűrőrendszer magyarországi működése

A területileg szervezett szűrési program működtetése

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

A másodlagos behívási menetrend: megismételt behívás azoknak, akik korábban nem jelentek meg. (Döbrössy szerk., 2000)

A behívási lista adatforrásai:

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

A szűrés folyamatában minden szakaszra kiterjed a minőségbiztosítási program, amelynek a működéséért a szűrési koordinátor felelős. (Döbrössy szerk., 2000)

A célbetegségek kiválasztása

Szűrés csak azoknak a daganatos betegségeknek a korai felfedezésére szervezhető, amelyek megfelelnek a következő feltételeknek:

- Előfordulásuk gyakorisága és haláloki szerepük miatt jelentős népegészségügyi problémát jelentenek. Leginkább a tüdő, emlő, vastagbél, gyomor, szájüreg, prosztatata és a női nemi szervek daganatai.

- Fejlődésmenetük ismert; olyan daganatok alkalmasak szűrésre, amelyek viszonylag hosszú ideig maradnak tünetmentesek, de kimutatható állapotban. A méhnyakrák kialakulási ideje átlagosan 10 év, az emlőráké mintegy 3 év. Ezek szűrésre alkalmas célbetegségek, hiszen a 2-5 évenként megismételt szűrővizsgálat esélyt ad a tünetmentes állapotban való felfedezésükre. A tüdőrák ezzel szemben kialakulása folyamán kevesebb, mint egy évet, átlagosan 0,7 évet tölt a preklinikai kimutathatóság állapotában, ezért nagyon rövid intervallumokban, 4-6 hónaponként kellene a szűrést ismételni ahhoz, hogy hatásos legyen.

- Alacsony a túldiagnosztizálás és túlkezelés kockázata.

- A korai kezelés kedvezően befolyásolja a betegség természetes kórlefolyását. Nincs értelme szűrésnek akkor, ha a szűrővizsgálatban részesülteknek nincs jobb kilátása a gyógyulásra, mint szűrővizsgálat nélkül lett volna; erre szolgálnak példát a tüdőrák kimutatására irányuló próbálkozások.

- Alapvető kívánalom, hogy a klinikai tüneteket még nem okozó korai betegség felismerésére alkalmas módszer álljon rendelkezésre. (Döbrössy szerk., 2000)

A szűrővizsgálati módszer

Számos gyakorlati követelménynek kell megfelelniük:

1. Legyen egyszerű, könnyen kivitelezhető.

2. Legyen biztonságos, ne legyenek nemkívánatos mellékhatásai.
3. A részvétel önkéntes, így fontos, hogy a vizsgált személyek számára az ajánlott szűrés „társadalmilag elfogadható” legyen, ne okozzon kényelmetlenséget, fájdalmat.
4. Legyen olcsó, a ráfordítás legyen arányos a korai kimutatással járó előnyökkel.

A szűrési programokkal szemben támasztott követelmények

A szakma alapvető követelményként állítja, hogy a szűrővizsgálati módszer **alkalmas** legyen. Valamint a szervezett szűrést csakis **bizonyítottan hatásos** szűrővizsgálati módszer birtokában lehet elkezdni. A halálozás csökkenése a szűrési program hatékonyságának egyetlen bizonyítéka. Ha ennek követésére nincs közvetlen lehetőség, akkor egyéb szempontokat kell figyelembe venni. (Döbrössy szerk., 2000)

Szűrés a hazai egészségügy ellátórendszerben

A WHO két alapvető szempontot vizsgál, hogy adott kórformára célszerű-e szűrőprogramot terveznie.

1. A betegség népességügyi jelentősége.
2. Azonosítható módon ismerni kell a betegség korai ill. látens fázisait.
3. Rendelkeznie kell egy általánosan elfogadott stratégiával a korai stádiumok kezelésére. Csak olyan betegséget szűrjenek, amit gyógyítani is lehet.
4. A szűrésnek jelentősen javítania kell a betegség gyógyíthatóságát.
5. Rendelkeznie kell hatékony szűrési módszerrel.
6. A szűrési költségek elfogadhatóak legyenek.
7. A vizsgálandó populáció elfogadja a szűrési módszert.

Szervezett lakosságszűrési modell: az egészségügy ellátórendszer által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott. Veszélyeztetettnek minősülő lakosság

csoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program. (Döbrössy szerk., 2000)

Javaslatok

A szűrési programok által felderített esetekben elengedhetetlen a megfelelő kezelési lehetőség biztosítása. A kiszűrt esetek ellátásában jelentős szerepe jut a team munkának, ahol valamennyi szakember a saját praxisának legjobb bizonyított eredményeit igyekszik felhasználni a rendelkezésre álló források és a páciens szükségleteinek figyelembe vételével. Napjainkban elvárás, hogy ilyen teamek tagjai legyenek az orvosok mellett az ápolók, dietetikusok, pszichológusok és szükség szerint más szakterületet képviselő szakemberek. (MK, 2003)

A hazai Program a női emlőrák, a méhnyak rák, a vastag- és végbélrák szervezett tömegszűrését favorizálja, még a jövőben az ajak-és szájüregi rák, valamint a prosztaták szűrését is tervezi, tekintettel az emelkedő előfordulási és halálozási gyakoriságra. Intenzívebbé kell tenni a magyarországi szervezetek szerepét a rákprevencióban. (Lehoczky, 1997)

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

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

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

Következtetések

Régebben az emberek egészségen csupán a betegség nélküli állapotot értették. Mára ez a nézet jelentősen átforgalmódott, a lakossággal való célzott foglalkozás megkívánja az egészség rendszeres ellenőrzését. Ez pedig nem végezhető el pusztán megfigyelés útján, hanem a szűrővizsgálatokra is szükség van. A jogszabályok (1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, 1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, 51/1997. (XII.18.) NM Rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról) konkrétan szólnak az alapellátás feladatairól, a háziorvos köteleességévé teszik, hogy az adott korcsoport számára ajánlott valamennyi szűrővizsgálat igénybevételének a lehetőségére felhívja...az általa ellátott biztosítottak figyelmét”, továbbá a háziorvosi szolgálat nyilvántartást vezet az általa elvégzett szűrővizsgálatok időpontjáról és eredményéről,... a beutalásról és a lelet eredményéről,... a gondozásba vett személyekről. ”. (MK, 2003)

A Nemzeti Népegészségügyi Program stratégiai irányának tartja a többi között: az onkológiai éberséget az alapellátásban, mivel a háziorvosok bevonása nélkül sikeres, szervezett szűrési programot nehéz elképzelni, ennek keretén belül a rákelőző állapotok felismerését is oktatnák, valamint megtörténne a szájüregi daganatok keletkezése szempontjából magas kockázatúnak minősülő egyének rendszeres időszakos ellenőrzése, követése elsődlegesen a háziorvos, fogorvos, és az alkohológiai ambulanciák vezetői által (Boncz et al., 2004) A jogszabály alapján a háziorvosi szolgálat feladatkörébe tartozik minden olyan szűrővizsgálat elvégzése, amelyre a rendelet nem jelöl ki más egészségügyi szolgáltatót. A mai álláspontokat figyelembe véve, amikor a daganatos megbetegedések a vezető halálokok közé kerültek optimális lenne, ha a háziorvosok a hozzájuk forduló pácienseknél szakmailag indokolt gyakorisággal elvégeznék és *dokumentálnák* a szájüreg megtekintésén kívül, a hónalji és ágyéki nyirokcsomók tapintását, az emlő fizikális vizsgálatát, és a rektális digitális vizsgálatot, mely több szempontból is előnyös lehetne (rektum-, prosztatata tumor). (KSH, 2004) Az időben történő szűrés összekapcsolódik a későbbi gondozással is. (Budai, 2003)

Ebben a folyamatban *az ápolók lehetőségei és feladatai jelentősek*. Ismerniük kell a tumoros betegségek morbiditási és mortalitási adatait, hogy szerepet tudjanak vállalni a betegek felvilágosításában, tájékoztatásában, és a szűrővizsgálatok szervezésében. Működési területükön propagálniuk kell a rákszűréseken való részvétel fontosságát, és a primér prevenció érdekében a helyes életvezetésre vonatkozó lehetőségeket. A diagnosztizálás után a betegben erősíteni kell a tudatot, hogy a rák nem minden esetben halálos betegség, az állapot nagymértékben függ az aktuális stádiumtól és a beteg orvoshoz fordulásának időpontjától. Ha a beavatkozás már késő, az ápoló feladatai közé tartozik a pszichés támogatás, a megfelelő életminőség biztosítása is. (Döbrössy szerk., 2000)

Összegzés

A szűrővizsgálat hatásosságának egyetlen elfogadható bizonyítéka az, ha a szűrési program eredményeképpen számottevően csökken a célbetegségből származó halálozás a szűrőtevékenység által lefedett teljes népességben (tehát nem csak a szűrésben részt vettekénél). A hatásosság mértékét viszony számmal adják meg, melyben szerepel a lakosság szűrésben részesült hányada, és a szűrési program által lefedett terület teljes népessége, tehát azok is, akik igénybe vehették volna a szolgáltatást. (Levin et al., 2002)

A szűrővizsgálatok eredményesebb kihasználtságát a háziorvosok közreműködése is segítheti.

Egészen a közelmúltig a betegség meg-előzés a magas kockázati csoportokra irányult és a közepes, vagy alacsony kockázati csoportok jórészt kívül estek a figyelem fókuszából. Ugyanakkor tény, hogy bár a magasabb kockázati szint nagyobb valószínűséggel jár megbetegedéssel, halálozással, az összmebetegedés és halálozás nagyobb része a közepes és alacsony kockázatúakból kerül ki. Nem elégséges az a megelőzés, amely csak az aktívan jelentkező páciensekre irányul.

A megelőzési tevékenység integráltan kell, hogy megjelenjen az ellátási rendszerben, egyszerre odafigyelve a magas kockázatú, hátrányos helyzetű csoportokra, és csökkentve a kockázatot a lakosság egészében. (Levin et al., 2002)

A szűrési program sikerének kulcsa az epidemiológiai nyereség. A szervezési kérdések a lakossági szűrővizsgálatok esetében meghatározó jelentőségűek. Finanszírozói oldalról tény, hogy a szűrések komoly költségvonzattal járnak. Figyelembe kell venni, hogy a szűrési költségek az átszűrtség függvényében változnak, ha a mammográfiás szűrővizsgálatot a célzott populáció 100%-ban kihasználná (elméleti tézis) a szűrés éves költségei nem haladnák meg a 2,3 milliárd forintot, addig az emlődaganatok kezelési költsége éves szinten eléri a 8,6 milliárd forintot. (Boncz et al, 2003) Szakirodalmi adatok alapján a kolorektális szűréseken viszonylag alacsony a részvételi arány. (Boncz et al., 2004) Ha az immunkémiai módszerrel

végzett szűrővizsgálatot a megcélzott egyének 100%-ban kihasználnák (elméleti tézis) a szűrés éves költségei nem haladnák meg a 2,7 milliárd forintot (2003-as adat), addig a vastag-, és végbél tumorok kezelési költségei 2001-ben elérték a tíz milliárd forintot. Összefoglalva, elmondhatjuk, hogy a kezelési költségek az emlő és kolorektális tumorok esetében is meghaladják a szűrési költségeket.(Boncz et al., 2004)

Hazánk és az Egyesült Államok között jelentős gazdasági, kulturális és társadalmi különbségek vannak, mégis az Államokban a mammográfiás szűréseken való részvétel éves szinten eléri a 60%-ot, addig hazánkban ez az arány 40% körüli. A megcélzott női populáció hazánkban kb. 4%-os gyakorisággal veszi igénybe a Papanicolau-teszt elvégzését, addig az Államokban a 65 év feletti nők átszűrtsége is meghaladja a 70%-ot. Magyarországon a magasabb részvételi arányt csak az egészségtudatos magatartástól és a szűrések megfelelő propagálásától várhatjuk. (ACS, 2004)

Felhasznált irodalom

1. Nemzeti Népegészségügyi Program, Magyar Közlöny, 2003/ 38. (IV.16.)
2. Az American Cancer Society rákszűrésre vonatkozó 2004-es irányelvei. Cancer Journal for Clinicians- Magyar Kiadás 2004. 4. 1. szám, 31-39
3. Baxter, N. (2001): Preventive health care, 2001 update, Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?, CMAJ, 164, 1837-1846.
4. Betlehem, J. (2002): Bizonyítékokon alapuló ápolás. In: Kosztolányi, Gy., Decsi, T. (szerk.): Bizonyítékokon alapuló orvoslás tankönyve, PTE ÁOK, Pécs, 88-110. p
5. Boncz, I. et al (2004): A colorectális szűrések egészség-gazdaságtani elemzése, Magyar Onkológia, 48. 111-115
6. Boncz, I. et al (2003): Az emlőrákszűrések egészség-gazdaságtani elemzése, Magyar Onkológia, 47. 149-154
7. Budai, A. (2003): A szervezett emlőszűrés bevezetése Magyarországon. www.antsz.hu
8. Curry SJ, Byers T, Hewitt M, (2003): Fulfilling the Potencial of Cancer Prevention and Early Detection. Washington, DC: National Academy Press,
9. Döbrössy, L.(szerk..) (2000): Szervezett szűrés az onkológiában. Egészségügyi Minisztérium, Budapest.
10. Kásler, M., és Ottó, Sz. (1994): A rosszindulatú daganatok másodlagos megelőzése, szűrése. Orvosi Hetilap, 134, 473-480.
11. Központi Statisztikai Hivatal (2004): Egészségügyi Statisztikai Évkönyv-2003 KSH, Budapest
12. Lehoczky, O. (1997): A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói, Magyar Nőorvosok Lapja, 60. 133-136.
13. Levin, B. et al (2002): Promoting early detection tests for colorectal carcinoma and adenomatous polyps, cancer, 95.,1618-1628.
14. Ottó, Sz. (2003): „Népegészségügyi Szűrővizsgálatok” Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja, A téma indoklása, epidemiológiai meghatározottsága, www.antsz.hu
15. Rex DK. (2002): Current colorectal cancer screening strategies: overview and obstacles to implementation. Rev Gastroenterol 2 Suppl. 1:S2
16. Sándor János et al, (2003): Méhnyak-és emlőrákszűrés a magyarországi kistérségekben, Lege Artis Medicinae, 13. 310-316.
17. Sebestyén, A. szerk. (2001): Onkológiai prevenció helyzete. Országos Egész-ségbiztosítási Pénztár, Pécs, pp. 47-48.
18. Sebestyén, A. et al. (2001): Az emlőszűrő vizsgálatok helyzete a dél-dunántúli régióban. Egészségügyi Menedzsment 3. 86-91.
19. Smith, RA. Mettlin, CJ. Davis, KJ. Eyre, H., American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin 2000, 50:34-39)
20. Thomas DB, Gao DL., Ray RM, et al : Randomized trial of breast self-examination in Sanghai: final results, J Natl Cancer Inst (2002), 94. 1445-1447
21. Vataj, Á. fordította, (2002): A Lancet Oncology az onkológia aktuális kérdéseiről, THE LANCET Oncology-HU, 1. 9-10.
22. Vataj, Á. fordította, (2003): A rák megelőzése és késleltetése legalább olyan fontos, mint a gyógyítás. THE LANCET Oncology-HU, 2. 96-97.
23. <http://axon.sote.hu>
24. www.antsz.hu

A rosszindulatú hematológiai megbetegedések hatása a betegek mindennapi életére

Ujlakánné Bukovenszki Henrietta, Bognár Beatrix

Összefoglaló

Magyarországon a vezető halálokok között szerepel az úgynevezett rosszindulatú megbetegedések csoportja, mely magába foglalja a daganatos megbetegedéseket és rosszindulatú hematológiai betegségeket is. Ezek a kórformák megváltoztatják az érintettek (a betegek és hozzátartozóik) egész életét. A gyógyítás során alkalmazott eljárások, például a kemoterápiás kezelések sok nehézséget okoznak a betegnek, a kezelés hosszadalmas és az eredmények sajnos nem mindig kedvezőek.

A rosszindulatú hematológiai betegségek egy része jelenleg gyógyíthatatlan, bár az utóbbi években a túlélés jelentősen meghosszabbodott. Rendszerint romlik a beteg életminősége, jelentősen csökken a munkaképessége, nem ritkán a mindennapi életvitel is akadályozott.

A számukra nyújtandó egészségügyi szolgáltatások megfelelősége érdekében fontos a betegek szomatikus és pszichés állapotának felmérése a kemoterápiás kezelések előtt, alatt és után.

A szerzők ehhez a tevékenységhez kívánnak hozzájárulni dolgozatukkal.

Bevezetés

Magyarországon évente több tízezer ember betegszik meg valamilyen rosszindulatú daganatos betegségben vagy leukémiában. Ezek a betegségek a halálozási statisztikákban a vezető halálokok között szerepelnek.

A gyógyítás során alkalmazott eljárások, például a kemoterápiás kezelések sok nehézséget okoznak a betegnek, a kezelés hosszadalmas és az eredmények sajnos nem mindig kedvezőek. Különleges jelentőséggel bír a beteg és az ápoló kapcsolata, hiszen a későbbiekben általában életének akár jelentős hányadát az egészségügyi intézményben tölti el a beteg. Az ápolónak törekednie kell arra, hogy a betegeket minél kisebb testi és lelki megterhelés érje, és lehetőleg érzelmileg kiegyensúlyozottan kerüljenek vissza az egészséges társadalomba.

Az ápolók, akik munkájuk során sok rosszindulatú betegségben szenvedő emberrel találkoznak, azt tapasztalják, hogy a betegek mindennapi életében is jelentős változást okoz ez a betegség, és a kezelése.

Dolgozatunk témájául azért választottuk a leukémiás betegeket foglalkoztató problémák feltárását, hogy ezek ismeretében hatékonyabbá tehesük segítő, támogató munkánkat, hatékonyabbak lehessünk a személyre szóló ápolási szolgáltatásokban.

Egészség, betegség

Az egészség az emberi szervezet olyan állapota, melyben minden zavartalanul működik, tehát egyrészt betegség nélküli állapot, másrészt pedig az egyén biológiai, pszichológiai, szociális és fizikai környezetéhez történő megfelelően alkalmazkodását jelenti. Az egészség tehát állandóan, dinamikusan változó, több tényezőtől összetevődő egyensúlyi állapotot jelent.

„Az egészség a teljes fizikai, szellemi és társadalmi jóllét, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” (Potter, Perry, 1996)

„Az egészség annak mértéke, ahogyan az egyén vagy csoport képes egyrészt megvalósítani a törekvéseket és kielégíteni a szükségleteket, másrészt megváltoztatni a környezetet vagy idomulni ahhoz. Ezért az egészséget a mindennapi élet erőforrásának tekinthetjük, és nem az élet céljának: ez pozitív koncepció, ami társadalmi és egyéni erőforrásokat valamint testi képességeket tartalmaz.” (Balogh, dr.Dénes, 2002)

A szervezet épségét a megfelelő alkalmazkodás jelenti a környezet ingereire. Ha a felépítésben vagy a működésben, illetve mindkettőben károsodás lép fel, az a normálistól eltérő reakciókat vált ki, kóros folyamatot indít meg, és létrejön a megbetegedés. A betegség megváltozott reakcióképesség, melynek következtében a szervezet nem képes elhárítani a károsító ingereket.

Betegség és betegségmagatartás

A betegség nem pusztán egy kórfolyamat lezajlását jelenti. Olyan állapot, amelyben az egyén biológiai, érzelmi, intellektuális, szociális működései csökkennek, károsodnak a betegséget megelőző állapothoz képest.

A betegségre adott válaszreakciókat az orvos szociológusok betegségmagatartásnak nevezik. Ennek része az is, ahogy az emberek saját szervezetüket figyelik, tüneteiket észreveszik, értelmezik és magyarázzák, valamint az egészségügyi rendszer kínálta lehetőségeket igénybe veszik.

A betegségmagatartást befolyásoló tényezők

- A betegség tüneteinek látható és felismerhető volta
- A betegség súlyosságának szubjektív megítélése
- Az egyénnek a betegséggel kapcsolatos értesülései, ismeretei, kultúrájának hatásai, és a betegség lényegének megértése
- Az, hogy a tünetek milyen mértékben zavarják meg a beteg családját, munkáját, társas tevékenységeit
- A tünetek jelentkezésének gyakorisága, tartóssága
- Az, hogy a beteg környezete mennyire tolerálja a betegséget
- Az, hogy a betegnek a tünetekre vonatkozó megítélése mennyire tér el a valóságtól
- A kezelés helyének elérhetősége és földrajzi távolsága; a kezelés igénybevételének pszichológiai és anyagi terhei.

A betegségmagatartás szakaszai

- A tünetek észrevétele
- A beteg szerep vállalása
- Az egészségügyi ellátás igénybevétele
- Függőségi helyzet
- Gyógyulás és rehabilitáció (Potter, Perry, 1996)

A betegség egyénre, családra kifejtett hatásai

A betegség sohasem az élet elszigetelt eseménye. Az egyénnek és családjának alkalmazkodnia kell a betegségből és a kezelésből származó változásokhoz. Megfigyelhetjük ezt minden betegség esetén, de különösen a hosszantartó, krónikus betegségeknel.

A hosszan tartó betegség legfőbb ártalma az élettér beszűküléséből, a társas izolációból ered. Jelentősen módosulnak az emberi kapcsolatok. Nap, mint nap szembe kell nézni a betegséggel, s az összehasonlítás az egészséges környezettel csak még jobban elmélyíti a hátrány érzéseit.

Krónikus betegség esetén (különösen, ha ez hosszadalmas kórházi ápolással is párosul) majdnem minden emberben fellép a szorongás.

A krónikussá vált betegség mindig kisebb-nagyobb mérvű személyiségváltozást hoz létre. Ennek mértékében szerepet játszik az, hogy mennyire volt harmonikus, vagy diszharmonikus a betegség előtti személyiség. (dr. Popper, 1990)

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja annak feltárása, hogy a hematológiai betegeknek milyen ismeretei vannak a kemoterápiás kezelés mellékhatásainak megelőzéséről, az őket érő egyéb káros hatások kivédéséről.

A kapott eredmények alapján szeretnénk felderíteni azt, hogy a betegek ápolásának, gondozásának mely területein kell javítanunk.

Hipotéziseink

Feltételezésünk szerint:

- Betegeinknél a diagnózis felállításakor negatív érzelmek alakulnak ki.
- Betegeink 50%-a betegségének megállapítása után tartósan munkaképtelenné válik, vagy iskolai

tanulmányai felfüggesztésére kényszerül.

- Betegeink nagy része betegsége alatt izolálódik a társadalomban.

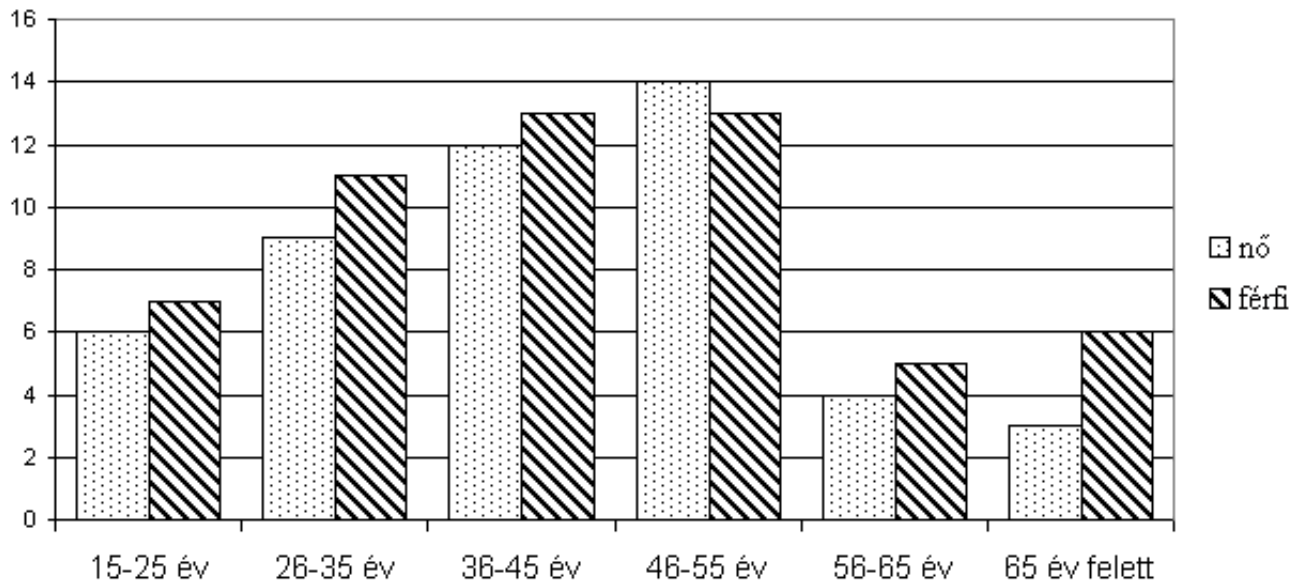
Vizsgálati minta, módszer és eszközök

Vizsgálatunkhoz önkitöltős kérdőívet használtunk, amely 12 zárt kérdést tartalmazott. Ezek többsége a betegek félelmeinek, szorongásainak, jövőképeinek feltárására irányult.

A vizsgált minta nem reprezentatív, a meg-kérdezettek a hematológiai szakrendelésén megjelent várakozó betegek voltak, közöttük osztottuk ki véletlenszerűen a kérdőíveket, ha egy rövid bemutatkozó beszélgetés során vállalták a vizsgálatban való anonim részvételt.

100 visszaérkezett kérdőívet dolgoztunk fel a leíró statisztikai elemzés módszerével. A válaszadók között 48 nő és 52 férfi volt. A minta életkor szerinti megoszlását az 1. ábra szemlélteti.

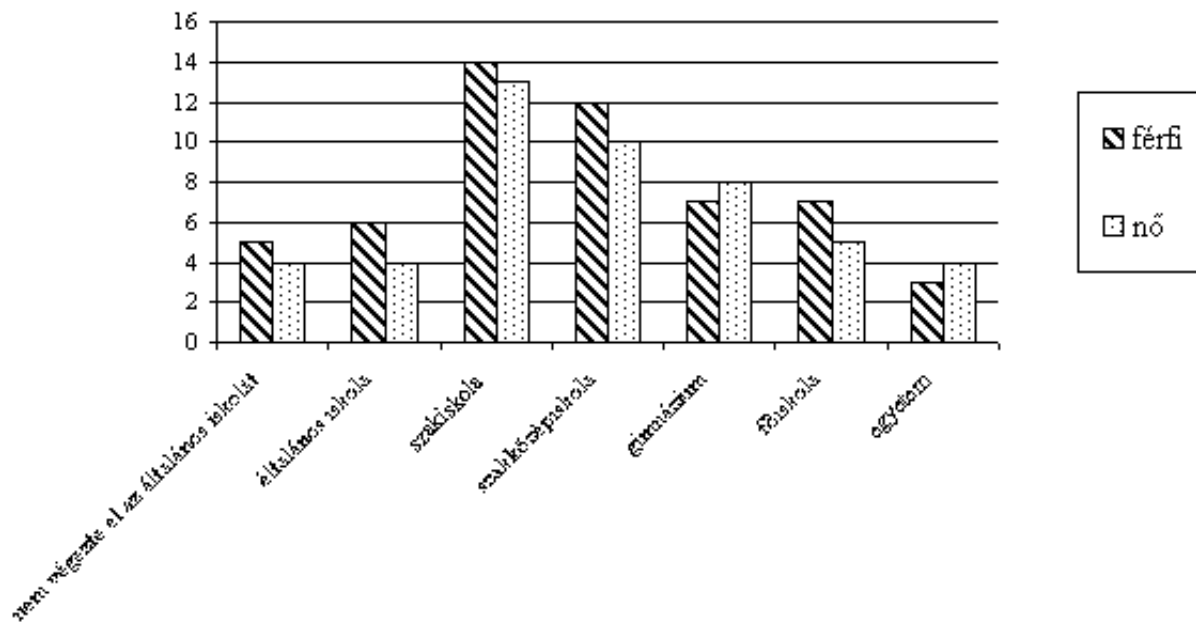
1. ábra
A vizsgált minta megoszlása nem és életkor szerint
(n=100)



A vizsgált mintában a középfokú végzettségűek voltak többségben. Az iskolai végzettség szerinti megoszlást nemenként mutatja be a 2. ábra.

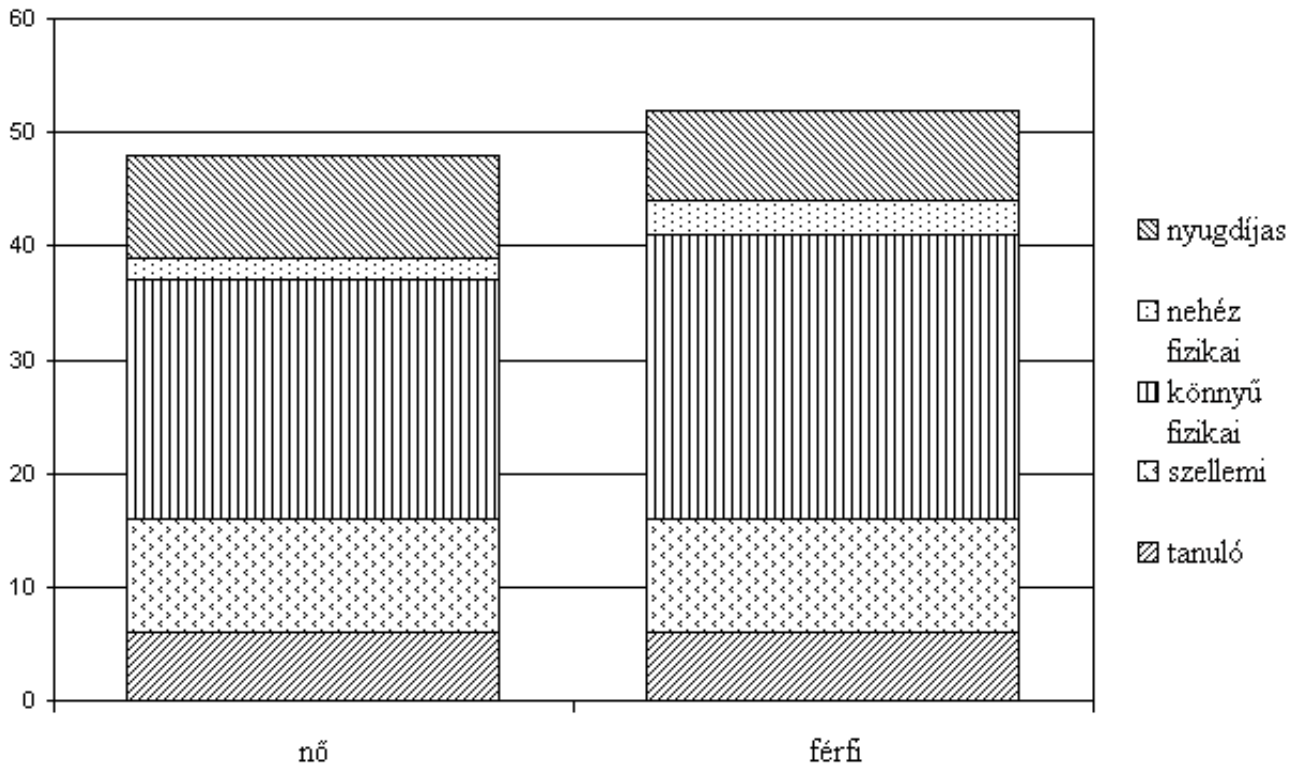
2. ábra

A vizsgált minta megoszlása nemenként, iskolai végzettség szerint
(n=100)



A foglalkozási struktúrát illetően többségben vannak a könnyű fizikai munkát végzők, a vizsgált minta ilyen szempont szerinti megoszlását a 3. ábra mutatja.

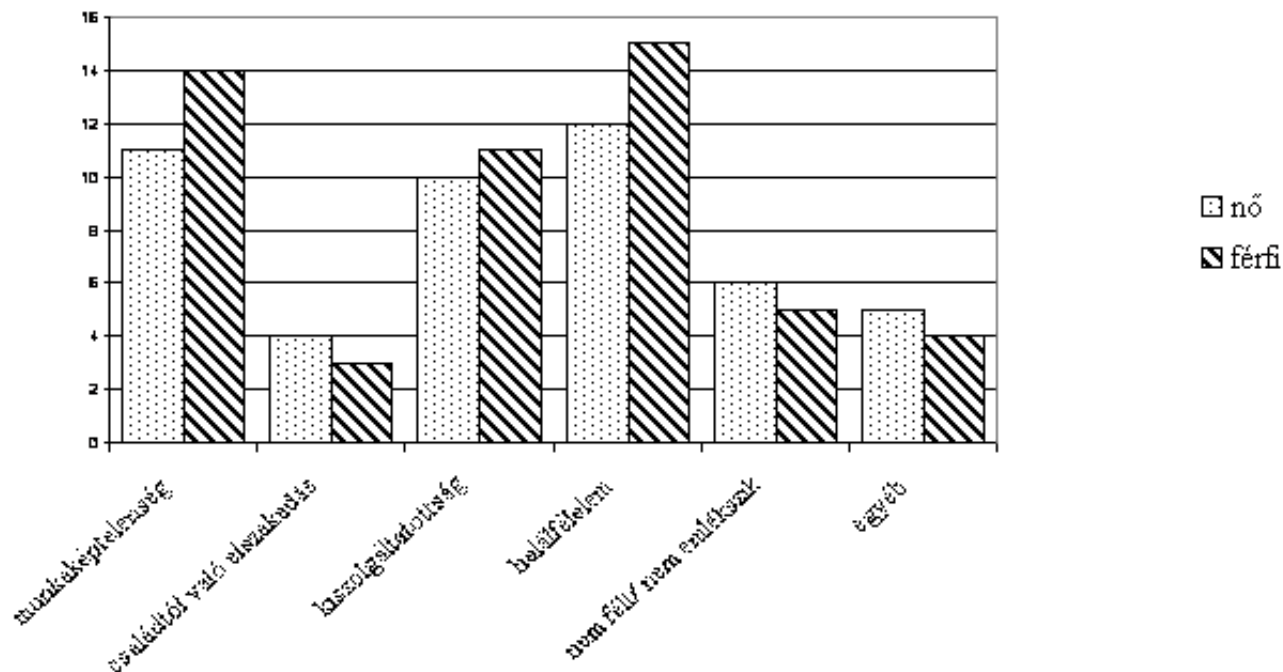
3. ábra
A vizsgált minta megoszlása nemenként, foglalkozás szerinti
(n=100)



Vizsgálati eredmények

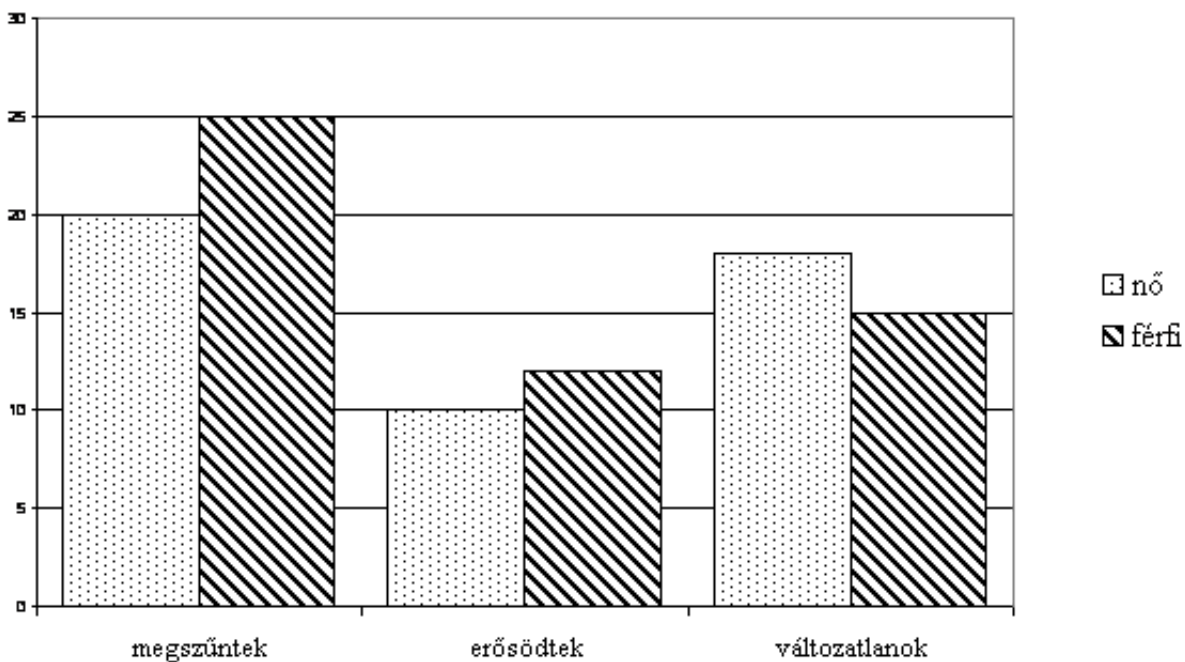
A betegség diagnózisának felállítása betegeinknél különböző félelmeket váltott ki. A legjellemzőbb a halálfélelem, a munka-képtelenségtől való félelem és a családtól való elszakadás kiváltotta félelem volt. (4. ábra)

4. ábra
A vizsgált minta megoszlása nemenként, a félelmek iránya szerint
(n=100)



Ezek a félelmek a kezelés során a betegek jelentős részénél megszűntek, vagy változatlanok maradtak. A betegek kisebb része számolt csak be félelmeinek erősödéséről. (5. ábra)

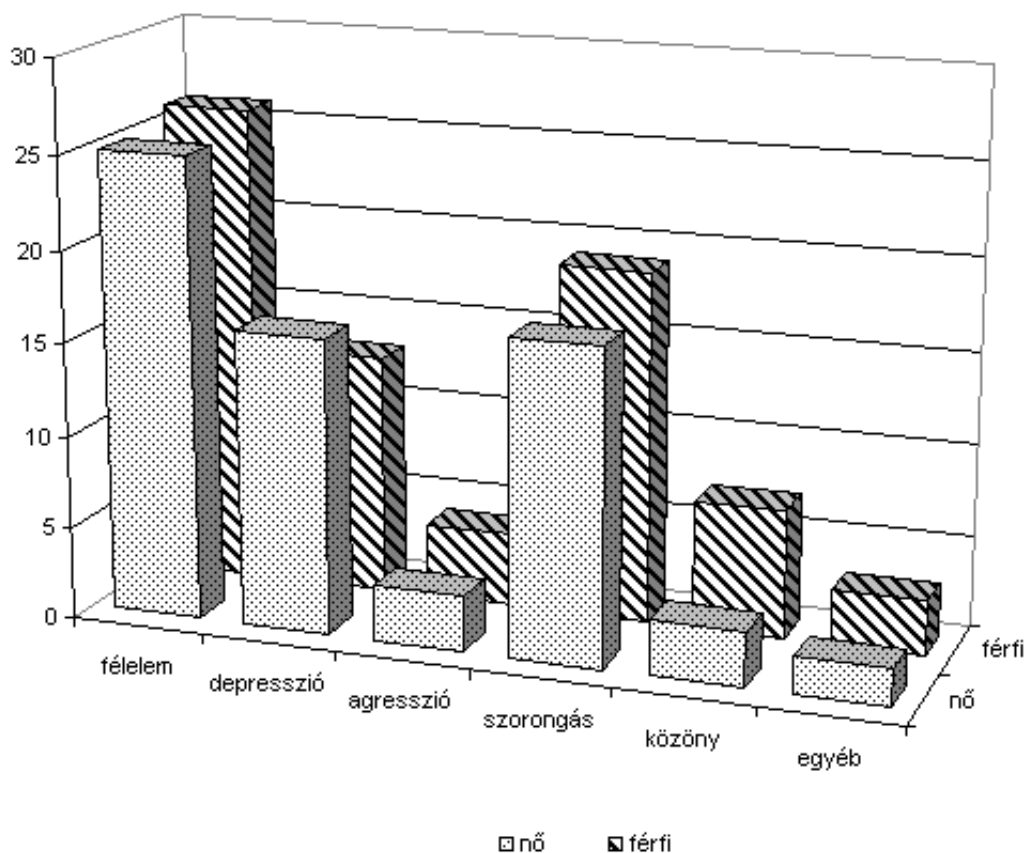
5. ábra
A vizsgált minta megoszlása nemenként, a félelmek erősségének
változása szerint (n=100)



Főként a fiatal betegeinknél jelentkeznek a jövőre vonatkozó pozitív tervek, folytatják iskolai tanulmányaikat, terveznek a következő évekre. Az idősebbeknél a negatív előjelű jövőkép a jellemzőbb.

Betegeinknél a betegség különféle pszichés reakciókat váltott ki. A leggyakoribb a félelem, a szorongás és a depresszió volt. Az „egyéb” kategória az elutasítást és a nem meghatározható érzéseket takarja. (6. ábra)

6. ábra
A vizsgált minta megoszlása nemenként, a pszichés reakció fajtája szerint
(n=100)



Betegeink többsége tartósan munka-képtelenné vált. Ez nem mindig az ő munkavégző képességüket, erőnlétüket, aktivitásukat tükrözi. Gyakran a munkatársak, az egész társadalom negatív hozzáállása kényszeríti a betegeket munkájuk feladására.

Betegeinkre jellemző, hogy korábbi életvitelüket a kezeléseik közötti időszakokban is folytatják, eljárnak szórakozni, összejönnek barátaikkal. A fiataloknál fordul elő leginkább, hogy még klinikai tartózkodásuk idején is „eltávozásra” mennek abból a célból, hogy barátaikkal találkozzanak. A társasági életben való részvételt általában nem a betegség vagy kezelés okozta panaszok, tünetek akadályozzák.

Értékelés

A vizsgálat kezdetekor azt feltételeztük, hogy a betegség megállapítása után a betegek 50%-a tartósan munkaképtelenné válik, vagy tanulmányai abbahagyására kényszerül. Ezzel szemben azt az eredményt kaptam, hogy betegeink 73%-a válik munkaképtelenné.

Vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy betegeink nagy része a betegsége alatt a társadalomban izolálódik, 86% nem jár társaságba.

A vizsgálati adatok alátámasztják és nyomatékosítják azt, hogy a rosszindulatú hematológiai

megbetegedésben szenvedő betegek ellátása komplex feladat, az életminőség javításához szükséges feltétel a betegek és hozzátartozóik, a gyógyító team, a beteg tágabb környezete, valamint az egész társadalom együttműködése.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Balogh Zoltán, dr. Dénes Margit (2002) Alapellátás (szöveggyűjtemény) SE – EFK, Budapest
2. Dempsey, P.A., Dempsey, A.D. (1999) Kutatómunka az ápolásban, Medicina, Budapest
3. Dr. Popper Péter (szerk.) (1990) Az orvosi pszichológia speciális kérdései, SOTE, Budapest
4. Potter, P.A., Perry, A. (1996) Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, Medicina, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Az individualizált ápolás és a felelős ápoló lehetősége hospice részlegen

Légrádiné Tamási Margit, okleveles ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai kar

Összefoglaló

A szerző bemutatja, hogyan valósítható meg az ápolási folyamat hospice részlegen, mi a jelentősége a felelős ápolói rendszer alkalmazásának a beteg és az ellátó team szempontjából, és melyek a megvalósítás feltételei. Az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről előírja az ápolási dokumentáció kötelezőségét. A megfelelő ápolási dokumentáció leghatékonyabb alkalmazása azonban csak az ápolási folyamat keretén belül valósulhat meg. Ehhez új, korszerű szemlélet kialakítására van szükség, melyben azonban megőrződnek a jó ápolási gyakorlat hagyományos értékei is. Az ápolási dokumentáció rendezett adatgyűjtése, amely a beteg ápolási szükségleteinek és ellátási igényeinek feltárására, megállapítására irányul, egyúttal támogatja az ápolási feladatok tervezését, és az ápolási szolgáltatások teljesítésének bizonyítását. További szempont az ápolói illetékesség és felelősség tisztázása és dokumentálása, amely egyúttal a szükség szerinti számonkérhetőséget is magába foglalja. Mindezek alapja a megfelelő ápolási dokumentáció precíz vezetése.

Bevezetés

Az ápolásra vonatkozó elméletek és maga az ellátási gyakorlat is jelentős fejlődésen ment át az utóbbi évtizedekben. Ez a fejlődés tette lehetővé az individualizált ápolás kialakulását, vagyis azt, hogy az ellátás az egyén konkrét és meghatározott szükségleteire épüljön. Az egyénre szabott vagy individuális ápolás pedig az „ápolási folyamat” módszerével valósítható meg. Ennek a módszernek a gyakorlati elterjedése egyúttal hozzájárulhat az ápolás további fejlődéséhez.

Azonban önmagában az elmélet nem segíti kellően az ápolókat abban, hogy hogyan alkalmazzák az ápolási folyamatot. Irányelvek és az ápolók gyakorlati felkészítésének hiányossága miatt még korántsem valósult meg az ápolási folyamat módszerének általános, gyakorlati alkalmazása. Nem vitatható, hogy ennek a szemléletnek az elsajátítása időigényes, ugyanakkor kihívást is jelent az ápolók számára.

Az ápolás gyökerei az alapvető emberi szükségletekben rejlenek. Az ápolónak szem előtt kell tartani azt, hogy minden embernek vannak közös szükségletei, de az is fontos, hogy ezeket eltérő módon kell kielégíteni, hiszen nincs két egyforma ember. Ezek a szükségletek diagnózis nélkül is léteznek, de kétségtelen, hogy az ápolási folyamat alkalmazásakor ezekből az egyéni szükségletekből kell kiindulni.

Az ápolási folyamat

Az ápolási folyamat meghatározása a WHO szerint

A WHO pontosan meghatározta az ápolási folyamatot, mint módszert.

„Az ápolási folyamat egy olyan kifejezés, amelyet az egyének, családok és/ vagy közösségek egészsége érdekében végzett jellegzetes ápolási beavatkozások rendszerezésére alkalmazunk. Részleteiben magában foglalja tudományos módszerek alkalmazását a beteg/kliens, család vagy közösség egészségügyi szükségleteinek identifikálására, és hogy ezeket használja és kiválogassa közülük azokat, amelyek leghatékonyabban kielégíthetőek az ápolás, gondozás által. Magában foglalja továbbá a szükségletek kielégítésének megtervezését, az ápolás nyújtását és az eredmények értékelését. Az ápolószemélyzet együttműködve az egészségügyi ellátási team többi tagjával és a kiszolgált egyénnel vagy csoporttal, meghatározza a célokat, prioritásokat, identifikálja a szükséges ápolást, gondozást és mozgósítja az erőforrásokat, azután közvetve vagy közvetlenül ápolási szolgáltatást nyújt. Ezt követően értékeli az eredményeket, az eredményekből származó információ visszacsatolását és kezdeményezi a kívánatos változtatásokat a további beavatkozásokban, hasonló ápolási, gondozási szituációkban. Ily módon az ápolás egy dinamikus folyamattá válik, mely alkalmas az adaptációra, fejlődésre.”

Az ápolási folyamat tehát alapvetően egy problémamegoldó folyamat, mely az egyénre szabott ápolás során az egymáshoz kapcsolódó tevékenységek sorozatát jelenti.

Általánosan ismert az, hogy az ápolási folyamatot (elméleti) szakaszokra, „lépcsőkre” szokták osztani, és többféle felosztás használatos. Háromlépcsős, négylépcsős és ötlépcsős ápolási folyamatok modelljeit dolgozták ki. Hazánkban a legelterjedtebb az úgynevezett „ötlépcsős modell” (állapotfelmérés, ápolási diagnózis, tervezés, megvalósítás, értékelés). Az ápolási folyamat szakaszai kapcsolatban állnak egymással, és minden lépés nélkülözhetetlen a problémamegoldó eljárásban

Az ápolási folyamat dokumentációja

Az ápolási lap természetesen azonos részeket tartalmaz, mint az ápolási folyamat részei.

Az ápolási anamnézist az ápolási diagnózis és az ápolási terv leírására szolgáló lapok követik. Fontos, hogy ezek betétlapolhatóak, vagyis bármikor megismételhető, illetve folytatható mind a tevékenység, mind annak dokumentálása, amíg csak szükséges. (Az ápolás megtervezésére azért van szükség, mert az ápolás hagyományosan még feladatközpontú szemléletű, vagyis az elvégzendő feladatokat veszi sorba.) Ezt az ápolási dekusz lapok követik, melyek szintén folytathatók. Végül pedig az értékelő lap található, amelyhez ápolási zárójelentés csatlakozik. Az ápolást ritkán értékelik, és a vizsgálódás többnyire csak az orvosi diagnózison alapuló ápolási teendőkre összpontosít.

Az ápolási dokumentáció

- támogatja a beteg individualizált ápolását,
- követhetővé teszi a beteg állapotában bekövetkező változásokat,
- alapjául szolgál az ápolás tervezésének,
- értékelhetővé teszi az ápolási munkát,
- felismerhetővé és bizonyíthatóvá tesz az ápolás eredményeit és hiányosságait
- tisztázza az ápolók számonkérhetőségét, a felelőséget a beteggel illetve a családtagokkal szemben,
- segíti az ápolás kutatását

A hospice ellátásban, ahol a fő cél haldokló betegek egyedi igényeinek és szükségleteinek kielégítése, és a betegek állapota óráról órára változhat, kiemelt szerepe van a célirányos és pontos ápolási dokumentációnak.

A primary nurse szervezeti forma

Ebben a szervezeti formában minden betegnek van felelős ápolója, illetve minden ápolónak van kijelölt betegcsoportja, és az abba tartozó betegek számára ápoló megtervezi, irányítja és összehangolja az ápolást, egyúttal felelőséget visel a nyújtott ápolásért. Ez a felelős ápolói rendszer, melyben a felelős ápoló (primary nurse) és a közreműködő ápolók (associate nurse) együttes tevékenysége zajlik.

A primary nurse az, aki felelős a beteg ellátásáért az egész kórházi tartózkodása alatt. Ő veszi fel az ápolási anamnézist, határozza meg az ápolási diagnózisokat és ápolási utasításokat, valamint elvégzi az értékelést, és amikor szolgálatban van, ő látja el a beteget, távollétében pedig a közreműködő ápoló(k) nyújtják az ápolási szolgáltatást. A primary nurse napi 24 órás felelősséggel tartozik a beteg ellátásáért, a teljes kórházi tartózkodás időtartamaiban. (Potter, Perry, 1996) Ő vonható felelősségre akkor, ha a beteg nem kapja meg a megfelelő ápolási ellátást.

A felelős ápolói rendszerben a beteg és hozzátartozói, az ápolási szolgálat tagjai, az ellátás minden szereplője (orvos, gyógytornász, dietetikus, szociális munkás stb.) tudja, hogy kihez tartozik a beteg.

A felelős személynek képesnek kell lennie arra, hogy meghatározza, mit kíván elérni az ápolás (cél), hogyan kívánja azt elérni (ténykedés), milyen eszközökre van ehhez szükség, és mi a tevékenység eredménye (értékelés).

A felelős ápolói rendszer megvalósítását, pontosabban annak hiányát gyakran az ellátó személyzet elégtelen mennyiségi és minőségi mutatóihoz (főként az alacsony létszámhoz) kapcsolják. Ez az indok vitatható, hiszen ahol ápolási szolgáltatás folyik, ott a személyes felelősség is meghatározható, még abban az esetben is, ha magas az ápolók munkaterhelése. Nagy valószínűséggel inkább szemléletbeli, ellátás-filozófiai okok lehetnek a háttérben.

A primary nurse szervezeti forma megvalósításának feltételei

„Egy ápolóra jutó betegek száma attól függ, hogy milyen típusú ellátás szükséges a betegnek és milyen a betegforgalom.” (Gyulai, 2003) Befolyásolja még: az ápoló tapasztalata, az osztályon dolgozó ápolók száma, a betegek létszáma az osztályon, a teljes ellátásra szoruló betegek száma az osztályon. (Hunt, Marks-Maran, 1987) Ideális lenne, ha egy felelős ápolóra 4 beteg jutna.

Ez a rendszer a hospice ellátásban jól megvalósítható szervezeti forma. A betegeknek és a hozzátartozóknak gyakran olyan jellegű problémái, kérdései vannak, amelyeket nem szívesen osztanak meg bárkivel, azonban ha van egy felelős ápolójuk, akkor tudják, hogy kérdéseikkel, problémájukkal kihez fordulhatnak.

Az ápolási modell megválasztása

Az ápolási modellek egy-egy szemléletet, az ápolás egy-egy megközelítését írják le. Az ápolási modell az ápolás gyakorlatát írja le, és az ápolási folyamat során valósul meg. A modellek közül az ápolóközösségnek kell kiválasztania azt, amelyiket az ápolás során alkalmazni kívánja. Sok múlik azon, hogy melyik modellt választják, mi szerint történik az ellátás. Mindezek ellenére nem szokás a kórházakban, kórházi osztályokon általánosan elfogadni, meghatározni egy ápolási modellt. Ezért van az, hogy egy ápolási csoportban minden ápoló mást tekint elsődleges feladatának. Ennek feloldására szolgál, ha az ápolók egyezsége jutnak abban, hogy melyik modell szerint ápoljanak.

Ápolási modell megválasztása hospice részlegen

A hospice ellátásban terminális állapotú daganatos betegeket ápolnak. A betegeknek csak kis része önálló vagy csak kevés segítségre szoruló, nagy részük általában sajnos teljes ellátást igényel. Az ápolás során nagy hangsúlyt kap a fiziológiás szükségletek mellett a magasabbrendű szükségletek kielégítése. Ezért választottam hospice osztályon végzett munkám során a Virginia Henderson-féle modellt, mely az egyén alapvető szükségleteit veszi figyelembe. A beteg állapotának felmérésekor megállapított problémákat kell a tervbe beépíteni. Ez a modell az ellátandó személyre egyénként tekint, aki lehetőleg egész életében jól, korának, körülményeinek és környezetének megfelelő módon szeretne élni. A modell szerint az egyén *12-féle életműködést* fejt ki, ezek 3 csoportba sorolhatóak: fiziológiai, szociális és pszichológiai. A modell szerint az ápolás célja, hogy a beteg minél előbb önállóvá váljék, vagy legalább megbirkózzék függő állapotával, illetve megelőzni az állapotromlást. Az értékelés során azt kell megállapítani, hogy a beteg állapota mennyire közeledett vagy távolodott a tervezetthez képest. (Pearson, Vaughan, 1996)

A hospice osztályon ellátott daganatos betegek nagy része a fiziológiás szükségleteit is csak segítséggel vagy egyáltalán nem képes kielégíteni. Ez a modell azért jól megvalósítható ezen a részlegen, mert az ápolók mellett dolgozik az osztályon még pszichológus, gyógytornász, dietetikus, így a betegek teljes körű szükségleteinek kielégítésére jó esély van.

„Mindez nagyon elméletiek tűnhetik föl, nem is tagadható, hogy az ápolási tevékenység a valóságban roppant gyakorlatias dolog. De az elmélet irányítja a gyakorlatot, az egész életet. Egy régi mondás szerint semmi sem annyira gyakorlatias, mint egy jó elmélet.”. (Pearson, Vaughan, 1996)

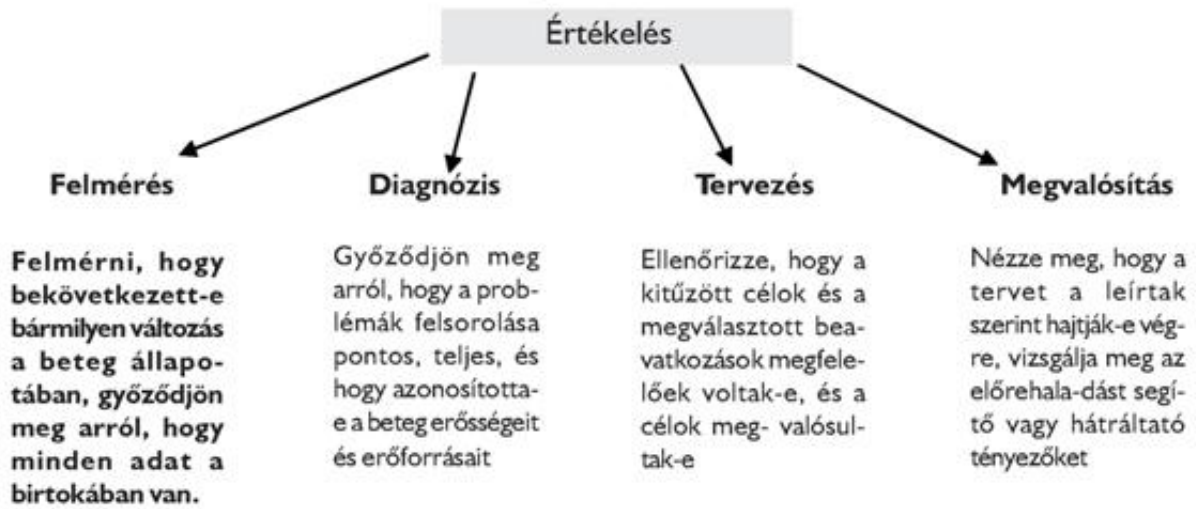
Javaslatok

Az uniformizált dokumentációt fel kell váltani a specifikus dokumentációra, melynek tartalmi megfelelőségét a szakmai fejlesztés során kell biztosítani. Ennek érdekében (első lépésként) fontos lenne a kórházak minden részlegén megvizsgálni az ápolási dokumentáció általános és szakmaspecifikus megfelelőségét. Így lehet közeledni az individualizált ápolás megvalósításához.

Célszerű lenne az ápolók részére továbbképzéseket szervezni, ahol az ápolásméleti fogalmak tisztázása, az ápolási folyamat alkalmazása, és az ápolási dokumentáció helyes vezetése kerülne a középpontba.

Az iskolai képzésben is nagyobb hangsúlyt kell fordítani az ápolásmélet és az ápolási dokumentáció megtanítására, hogy az iskolából kikerülő fiatal ápolók számára ne legyen idegen ennek alkalmazása.

I. ábra
Az ápolás értékelése



Irodalomjegyzék

1. Alfaro-LeFevre, Rosalinda (2001) Az ápolási folyamat alkalmazása lépésről lépésre Medicina kiadó: Budapest
2. Gyulai Teodóra (2003) Ápolásmélt – Ápolásfilozófia. Tanulási útmutató Semmelweis Egyetem EFK, Budapest,
3. Heath, J., Law, G.M. (1984) Az ápolási folyamat. Vajon mi az? Egészségügyi Minisztérium, Budapest
4. Henderson, Virginia (1991) Az ápolás alapelvei. Ápolónők Nemzetközi Tanácsa
5. Hunt, Jennifer M., Marks-Maran, Diane J. (1987) Az ápolási tervek, az ápolási folyamat működés közben. Egészségügyi Minisztérium
6. Pearson, Alan - Vaughan, Barbara: (1996) Az ápolási gyakorlat modelljei. Medicina kiadó: Budapest
7. Potter, P.A., Perry, A. (1996): Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, Medicina, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)
