

N Ó V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. március, 22. évfolyam 1. szám

TARTALOMJEGYZÉK

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban

Dr. Balogh Zoltán Ph.D., Dr. Betlehem József Ph.D., Papp Katalin,

Tulkán Ibolya, Kovácsné Dr. Tóth Ágnes Ph.D.

3

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Egészség határok nélkül

Pálfiné Dr. Szabó Iлона Ph.D., Teknős Miroslava, Dr. Oláh András Ph.D.,

Németh Katalin, Dr. Betlehem József Ph.D.

13

EREDETI KÖZLEMÉNY

A járóbetegeket ellátók táplálkozási szokásai

Gánóczy Gabriella, Szente Zsuzsa, Tóth Andrea

24

FELHÍVÁS

Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa

29

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Gyógy-szerek?! Házipatika használata Medgyesegyházán

Hürkeczné Fűri Szilvia

30

GRATULÁLUNK!

34

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Az „Etika az ápolásban” című továbbképzés szakmai, szervezeti és egyéb tapasztalatai

Raskovicsné Csernus Mariann

35

AZ ÁPOLÁS JOGI KÖRNYEZETE

A betegek önrendelkezési joga – nemzetközi elvárások és a magyar szabályozás

Kujalek Éva

37

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

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

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

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 22. No.1. March 2009

CONTENTS

TRAINING

- Two decades of higher-education nursing training in Hungary
Dr. Balogh, Z., Dr. Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., Kovácsné Dr. Tóth, Á. 3

COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

- Health without borders
Pálfiné Dr. Szabó, I., Teknős. M., Dr. Oláh, A., Németh, K., Dr. Betlehem, J. 13

ORIGINAL CONTRIBUTION

- The nutritional habits of outpatient nurses
 – A survey of the employees of Óbuda-Békásmegyér [Healthcare Services] Kht.
Gánóczy, G., Szente, Zs., Tóth, A.. 24

NURSING IN PRACTICE

- Popping pills?! Self-medication in Medgyesegyháza
Hürkeczné Fúri, Sz. 30

CONGRATULATIONS

34

TRAINING

- The professional, organisational and other aspects of the „Ethics in Nursing” training course
Raskovicsné Csernus, M. 35

LEGAL ENVIRONMENT

- Patients’ right of self-determination - international standards and Hungarian regulations
Kujalek, É. 37

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

*Dr. Betlehem József
 egyetemi docens, dékán-helyettes*

*Kárpáti Zoltán
 ápolási menedzser*

*Dr. Oláh András
 egyetemi docens, tanszékvezető*

*Szloboda Imréné
 ápolási igazgató*

*Tóth Ibolya
 szakmai vezető főtanácsos*

*Dr. Zékányné Rimár Ilona
 ápolási igazgató*

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

Tanácsadó testület/Advisory Board

*Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, oktatási menedzser
 Markusovszky Kórház, Szombathely*

*Boldogné Csuri Magdolna, osztályvezető
 Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest*

*Dr. Helembai Kornélia, tanszékvezető főiskolai tanár
 SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged*

*Dr. Kiss István, leendő elnök
 Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest*

*Prof. Dr. Kovács L. Gábor, egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja
 PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
 Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs*

*Dr. Kőrösi László, főosztályvezető helyettes
 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest*


*Dr. Rácz Jenő, elnök
 Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest*

*Somogyvári Zoltánné
 Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest*

Sővényi Ferencné, szaktanácsadó

*Vízvári László főigazgató
 Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest*

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



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

Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban

Dr. Balogh Zoltán Ph.D.

főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

Dr. Betlehem József Ph. D.

egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécs

Papp Katalin

főiskolai docens, Debreceni Egyetem, OEC, Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Tulkán Ibolya

főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged

Kovácsné Dr. Tóth Ágnes Ph.D.

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

Összefoglaló

Két évtizeddel ezelőtt, 1989. őszén indult el hazánkban a főiskolai szintű ápolóképzés. A szerzők közleményükben összefoglalják a diplomás ápolóképzés kialakulásának, fejlődésének főbb szakaszait, jellemzőit, valamint az Európai Unió elvárásához és nemzetközi folyamatokhoz illeszkedő fejlődési irányvonalakat, bemutatják az Európai Felsőoktatási Térség létrehozása érdekében kitűzött célokat. A szerzők közreadják a magyarországi egészségügyi profilú felsőoktatási intézményekben 1993–2008 között végzett, főiskolai oklevelet szerzett ápolók létszámadatait, valamint bemutatják a hazai egészségügyi ellátás területén foglalkoztatott diplomás ápolók és a kórházi ágyak arányát. A cikk külön foglalkozik az egyes képzési helyek ápolóképzésére jellemző specialitásokkal, valamint a lehetséges fejlődés jövőbeni kihívásaival.

Az ápolóképzés rövid története és formái

A világ számos országában a politikai és gazdasági struktúra változásai csakúgy, mint az egészségügyi ellátási rendszerek átalakulása a XX. század második felétől exponenciálisan növekvő sebességgel zajlanak. Az egyre fokozódó globalizáció, az egyes társadalmakban bekövetkező gazdasági és szociális változások, valamint az egészségügyben tapasztalható fejlődési irányok új kihívással szembesítik a XXI. század ápolóit. Ezek a változások számos lehetőséget nyújtanak az ápolás fejlesztésére. Az Egészségügyi Világszervezet még a megalakulását követő években megállapította, hogy „azokban az országokban, ahol az ápolást nem fejlesztik, a lakosság egészségi állapo-

ta nem tükrözi vissza a medicina fejlettségi szintjét” (Balogh et al. szerk., 2008).

A hazai ápolóképzés elmúlt hatvan éves történetének vizsgálatakor négy nagy fejlesztési periódust lehet elkülöníteni. Az első a negyvenes évek végére, az ötvenes évek elejére tehető, amikor is kialakult a II. világháború utáni ápolóképzés új rendszere. A fejlődés -átmeneti stagnálás után- a hetvenes években a szakközépiskolai, illetve a szakosító képzések kialakulásával vett újabb lendületet. Ezt a folyamatot segítette az 1975-ben Budapesten megalakult Egészségügyi Főiskolán (OTKI) folyó egészségügyi szakoktató és az intézetvezető szakok indítása. Az ápolóképzés fejlődésének harmadik szakaszát -a kilencvenes éveket- a szakképzési törvény, és az Országos Képzési Jegyzék megjelenése fémjelzte. Ez a periódus

minőségi változást hozott a hazai ápolóképzés történetében, hiszen olyan képzések indultak el (pl. érettségire épülő ápolóképzés, diplomás ápolóképzés), melyek a világ számos országában elfogadást nyertek. Már a kilencvenes évek eleje, közepe óta az európai normáknak és elvárásoknak megfelelően kifejlesztett képzések keretében történt a hazai ápolók oktatása (Sövényi, 2007). A negyedik szakasz Magyarország Európai Unió tag-ságának idejéhez köthető. Ekkor a Bologna folyamatnak megfelelő kétciklusú képzések kialakítása, a közös alapozású B.Sc. programok indítása, valamint az M.Sc. szakok újragondolása fémjelzte a változások fő elemeit. A folyamat eredménye, hogy jelenleg ápolók képzése több szinten folyik (Betlehem, 2005, Bethlehem et al., 2008).

- Első szint: ápolási asszisztens — kétéves program,
- Második szint: érettségire épülő ápoló – (nappali formában) hároméves program,
- Harmadik szint: főiskolai szintű diplomás ápoló, jelenlegi elnevezés szerint B.Sc. ápoló – négyéves program.
- Negyedik szint: egyetemi ápoló – korábban a főiskolai, jelenleg a B.Sc. programra épülő másfél éves M.Sc. formája.
- A szakmai tudományos előmenetel csúcsaként tekinthető a doktori fokozat (Ph.D.) megszerzésének kialakult rendszere az ápolás és az egészségtudományok területén (Betlehem et al., 2005, Helembai szerk., 2003).

A főiskolai és egyetemi ápolóképzés fejlődésének állomásai

A főiskolai ápolóképzés fejlesztésében a nyolcvanas évek végén, a kilencvenes évek elején az Európai Közösség akkori ajánlásait, illetve más, elsősorban az észak-amerikai tapasztalatokat vették figyelembe. Az első diplomás ápolóképzés 1989-ben levelező tagozaton, majd 1990-ben nappali tagozaton a Semmelweis Egyetem (korábban Orvostovábbképző Egyetem, majd Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem) Egészségügyi Főiskolai Karán indult el. Ezek a programok

jelentős változást hoztak az addig működő főiskolai képzésekhez képest. Az egyik fő eltérés a négyéves képzési idő volt, a másik jelentős változás abban állt, hogy a nappali tagozat mellett ugyanolyan szakmai, de kevesebb elméleti tartalommal elindult a levelező tagozat. Az induló nappali évfolyamoknál a bemeneteli szintet a középiskolai érettségi jelentette. Attól függően, hogy a jelölt egészségügyi szakközépiskolában vagy gimnáziumban végzett, a jelentkezés további feltételeként 12–24 hónapos, az egészségügyben eltöltött gyakorlatot írtak elő. A levelező képzésre csak ápolói előképzettséggel lehetett jelentkezni.

1993-tól az ország további orvosi egyetemeihez kötődően alapítottak főiskolai végzettséget adó ápolói programokat. Az egykori Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Tanácsa 1993. július 1-én -hazánkban elsőként— Ápolási Tanszéket alapított azzal a céllal, hogy szolgálja a diplomás ápolók képzését, és hozzájáruljon az ápolás gyakorlatának fejlődéséhez, valamint az ápolástudomány műveléséhez (Helembai szerk., 2003). Az induló évfolyamoknál a képzés idejében ekkor még eltérés mutatkozott, ugyanis a levelező tagozatos képzések eleinte három év időtartamúak voltak. Ezt a különbséget 1996-ban oldották fel, jogszabályi szinten.

A főiskolai szintű ápolóképzést először az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III.5.) Kormányrendelet szabályozta. Ennek értelmében a képzési idő nyolc féléves, minimum 4600 óra tartamú, és szervezhető nappali, valamint levelező formában. Belépési szint a középiskolai érettségi. A levelező programoknál továbbra is követelmény maradt a korábban megszerzett egészségügyi előképzettség. Az ápolói szak mellett számos más egészségügyi szakma területet ismertek el és fogadtak be az évek során, így mind többen jelentkeztek a főiskolai programokra szülésznői vagy műtős asszisztensi előképzettséggel és szakmai gyakorlattal. A főiskolai programok országos szinten történő elterjedése a kilencvenes évek második felére tehető.

Az Európai Közösségek Tanácsa a törvényi, rendeleti vagy közigazgatási intézkedésekben megállapított, az általános ápo-

lók tevékenységére vonatkozó rendelkezések összehangolásáról szóló 1977. június 27-i 77/453/EGK irányelvben szabályozta az ápolóképzés rendszerét.

Meg kell említeni, hogy e fejlesztéssel párhuzamosan zajlott az új Országos Képzési Jegyzékben szereplő ápoló szak fejlesztése és elindítása is. A programok közötti azonosság vetette fel azt a jogos igényt, hogy a főiskolai képzéseket folytató intézmények kezdjenek el foglalkozni a hallgatók előzetes tanulmányainak beszámíthatóságával. A felvetett gondolat nem volt idegen sem az Európai Unióban, sem pedig a tengerentúlon, mivel például Franciaországban, vagy Kanadában már évek óta értékelték és beszámították az ápolóhallgatók előzetes ismereteit, tudását a főiskolai programokba. Nagy fegyverténynek volt mondható, hogy 1999/2000-ben valamennyi főiskolai képzési központ és az ETI közreműködésével összehasonlítottuk az akkori diplomás ápolói programokat, valamint összevetettük az OKJ-s ápolói jellemzőkkel (8). A program végére a fejlesztők markáns ajánlásokat fogalmaztak meg, mellyel meg lehetett volna honosítani az előzetes tanulmányok értékelési és beszámítási rendszerét (PLAR: Prior Learning Assessment and Recognition). Noha a fejlesztési folyamatban az Oktatási Minisztérium is aktívan részt vett és engedélyezett egy kísérleti évfolyam indítást, sajnos nem teljesedett ki ezen új kezdeményezés a 2000-ben induló kredit alapú képzések kialakításánál, mivel a jogszabályi háttérrel ehhez nem módosították.

Az ezredforduló másik, az ápolóképzést markánsan befolyásoló eseménye volt az egyetemi integráció kötelezettsége. Azt gondoljuk, hogy ezen folyamat egyik legkifejezőbb hozadékának tekinthető az egyetemi okleveles ápolóképzés elindításának lehetősége, melyet először Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (2000/2001), majd Budapesten (2002/2003) sikerült meghonosítani (Betlehem et al., 2008, Mészáros et al., 2006). E képzés elindításával a hazai ápolóképzésünk behozta azt a több évtizedes lemaradását, mely jellemezte országunkat, s új távlatoknak teremtette meg lehetőségét a tudományos előremenetel szempontjából.

Mindazonáltal a formális képzési szinteken túl ez adott lehetőséget arra, hogy valójában beszélni lehessen az ápolástudomány, mint önálló tudományterület hazai előretöréséről. Az egyetemi program célja az volt, hogy magas szintű szakmai és általános műveltséggel rendelkező ápolókat képezzenek, akik nagyfokú hivatás- és felelősségtudattal részt vesznek az ápolási ismeretek oktatásában, az ápolás gyakorlati szervezésében, irányításában és az ápoláskutatásban (Betlehem et al., 2008, Mészáros et al., 2006, Oláh, 2003). Az egyetemi okleveles ápoló — főiskolára ráépülő másfél éves program, mely a 2000/2001 tanévben másfél éves egyetemi kiegészítő alapképzési programként indult el nappali és levelező formában. E program a főiskolát végzett diplomás ápolóknak teremtett lehetőséget egyetemi fokozat megszerzésére az ápolás területén. 2002–2008. között Pécsen 234 fő, Budapesten pedig 168 fő vehetett át egyetemi oklevelet az ápolás területén.

Szintén 2000-től nyílt és nyílik lehetőség egészségügyi főiskolai alapvégzettséggel és egyetemi diplomával rendelkező szakembereknek doktori fokozat (Ph.D.) megszerzésére — minimum hároméves képzésben az ápolás és az egészségtudományok területén. Jelenleg is két egyetemen (PTE, SE) futnak ápolóknak meghirdetett doktori programok.

A főiskolai ápolóképzés változását az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III.5.) Kormányrendelet módosításáról szóló 166/2003. (XI. 21.) Kormányrendelet szabályozta. A 2003-ban megjelent rendeletmódosításig a megnevezés „diplomás ápoló” volt, napjainkban pedig az oklevélbe „ápoló” elnevezés kerül. Ez a formálisnak tűnő változás beláthatatlan károkat okozott és okoz a már megszerzett értékekben, egy bevezetett és eddigre már megszokott új professziónak, hiszen jelenleg is ugyanolyan elnevezéssel végeznek az OKJ-s szakképzési programokban ápolók, mint a főiskolaiban. Ezt az Európai Parlament és Tanács szakmai képesítések elismeréséről szóló 2005/36 EK 2005. szeptember 7-én kiadott irányelve sem tudta feloldani, hiszen a direktíva mellékletében még mindig a diplomás ápoló elnevezés olvasható. A 2003-ban megjelent és említett Kormányrendelet szabályozta ko-

rábban az egyetemi szintű ápolóképzést is. Az egyetemi oklevélbe a képzés végén „egyetemi okleveles ápoló” helyett „okleveles ápoló” elnevezés került. Továbbra is szükséges lenne egy egyértelmű, a képzettségi szintet is jól mutató és szakmai elismertséget is kölcsönző nevezéktan bevezetése és újraszabályozása, akár a fokozat kötelező „ápoló” név utáni írásával.

A Bologna folyamat hatása a magyar felsőoktatásra

A tudásalapú európai gazdaság és a munkaerő szabad mozgásának biztosításához csak a versenyképes tudás szolgálhat alappul. Ezekre válaszul Európa számos országában reformfolyamatok indultak meg még a kilencvenes évek elején. E reformtörekvéseknek szabott közös irányt 1999-ben a Bologna Nyilatkozat, melyet 29 ország, köztük Magyarország képviselője is aláírt. Ez a nyilatkozat nem nemzetközi jogi szerződés, hanem az aláírók önkéntes politikai kötelezettségvállalása. A bolognai-folyamatban jelenleg 45 ország vesz részt, köztük mind a 25 EU tagállam megtalálható. E folyamat eredményeképpen az egyes országok felsőoktatási rendszerei egy nagy európai rendszer, az Európai Felsőoktatási Térség részeivé válhatnak (Betlehem et al., 2009). A Bologna Nyilatkozat aláírói 1999-ben az Európai Felsőoktatási Térség 2010-ig történő létrehozása érdekében számos célt tűztek ki:

- könnyen érhető és összehasonlítható képzési rendszer kialakítása (pl. az oklevélmelléklet bevezetése által),
- két fő, egymásra épülő képzési szakaszon (ún. cikluson) alapuló képzési rendszer bevezetése, amelyben már az első ciklusban (alapképzésben) szerzett fokozat szakképzettséget nyújt a munkaerőpiacon történő elhelyezkedéshez, továbbá szükséges feltétele a második képzési ciklusba (mesterképzésbe) történő belépésnek,
- egységes kreditárviteli rendszer kialakítása,
- a széleskörű oktatói, kutatói, és hallgatói mobilitás elősegítése,

- együttműködés kialakítása az európai felsőoktatási minőségbiztosításban,
- a felsőoktatás európai dimenziójának támogatása, az Európai Unióval, Európával kapcsolatos ismeretanyagok megjelenítése az oktatásban.

Magyarország is elkötelezte magát a bolognai-folyamat megvalósításában, az Európai Felsőoktatási Térség kialakításának feladataiban, így a többciklusú képzési rendszer bevezetésében is. A további átalakulás jogszabályi hátterét az új, 2005-ben elfogadott felsőoktatási törvény teremtette meg (Betlehem, 2005).

A hazai többciklusú képzés jellemzői között általában elmondható, hogy a három egymásra épülő képzési ciklusból álló képzési rendszer kevesebb bemenetet nyújt, de bent több átmeneti lehetőséget teremt a képzésekben résztvevőknek.

Az első képzési szint az alapképzés, mely 6–8 féléves. Ez a felsőoktatás „főbejárata”. Az alapfokozatot nyújtó első ciklus a munkaerőpiacon hasznosítható szakmai ismereteket ad a végzés utáni elhelyezkedéshez, egyúttal megfelelő elméleti alapot ad a tanulmányok mesterképzésben történő azonnali vagy későbbi, néhány éves munkavégzést követő folytatásához, a mesterfokozat megszerzéséhez.

A második szint a mesterképzés, amely 2–4 féléves (kivétel a tanárképzés, amely 5 féléves), s ennek szintén két kimenete van: a munkaerőpiacon és a doktori képzés, amely a tudományos fokozat megszerzésére készíti fel a jelöltet, s a képzési piramis csúcsát jelenti. Az új képzési rendszerben a főiskolák és az egyetemek egyaránt indíthatnak alap-, mester- és doktori képzéseket, amennyiben az ezekhez szükséges feltételeket teljesítették.

A magyar felsőoktatás jelenlegi főiskolai és egyetemi szintű képzési szerkezetét 2006-tól felmenő rendszerben új képzési szerkezet váltotta fel. Az első képzési ciklusban 133 szak indult. Az új képzési rendszer legfontosabb jellemzője, hogy szinte minden olyan szakképzettség megszerezhető benne, amit eddig meg lehetett szerezni a magyar felsőoktatásban, csak a hozzá vezető utak módosultak, jöllehet

a változás célja az alapszakok számának csökkentése volt. Ez az átalakulás a munkaerőpiaci igényeknek megfelelően új alapszakok létrehozását is jelentette. Általában az alapképzés egyszakos, az alapfokozat megszerzésével egy szakképzettség szerezhető. A tehetséges hallgatóknak továbbra is lehetőségük van párhuzamos tanulmányok folytatására (Betlehem, 2005, Betlehem et al., 2008).

A Bologna folyamat hatása az egészségügyi szakképzésre

Az orvos- és egészségtudományi képzési területen alapvetően az egészségügyi ellátás különböző területén a megelőző és gyógyító, rehabilitációs tevékenységet folytató szakemberek képzése folyik: orvos-, fogorvos- és gyógyszerész alapszakon.

Egészségtudományi képzési területen ápolás és betegellátás alapszakon (ápoló, dietetikus, gyógytornász, mentőtiszt, szülésznő), egészségügyi gondozás és prevenció alapszakon (népegészségügyi ellenőr, védőnő), egészségügyi szervező alapszakon (egészségbiztosítás, egészségügyi ügyvitelszervező, egészségsturizmus-szervező), orvos laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai analitikus alapszakon (orvosdiagnosztikai laboratóriumi analitikus, képalkotó diagnosztikai analitikus, orvosi kutatólaboratóriumi analitikus, optometrista).

A bolognai-folyamat szerinti ápolóképzés elindítására a 2006/2007-es tanévben került sor. E képzés újszerűsége abban áll, hogy úgynevezett kétciklusú képzés keretében az első ciklus közös szakmai alapozással indult. Ennek megfelelően a hallgatók nem szakirányra jelentkezhetek, hanem alapszakra (Csóka et al., 2008). Az egészségtudomány területén ekkor négy alapszakot indítottak el, mely közül az ápolás és betegellátás alapszak volt hivatott biztosítani (a közös szakmai alapozás után) az ápoló, a dietetikus, a gyógytornász, a szülésznő és a mentőtiszt szakirányokon való előbbre jutási lehetőségét mind teljes idejű (korábban nappali), mind pedig részidejű (korábban levelező) munkarendben. E képzés keretében 2010-ben szereznek először B.Sc. fokozatot

hallgatóink. A jelenlegi bemeneti kritérium középiskolai érettségit ír elő. A részidős programoknál sem jelenik meg követelményként az egészségügyi előképzettség, csupán akkor, ha ezt a felsőoktatási intézmény előírja.

A képzés célja olyan sokrétű ismerettel és készséggel rendelkező ápolók képzése, akik messzemenően képesek az egészségügy minden területén individualizált ápolási szolgáltatást nyújtani, széleskörűen megalapozott klinikai-, általános és szakápolási-, valamint társadalomtudományi ismereteik alapján.

Az egészségügyi képzés, szakképzés területén, így az ápolóképzés egyes tantárgyainak, azaz a tanulmányok értékelésére és beszámítására az európai normáknak megfelelő rendszert, az Európai Kredit Átviteli Rendszert (ECTS: European Credit Transfer System) alkalmazzák. A hallgatók mindösszesen 240 kredit-pontértéket szerezhetnek tanulmányuk befejezéséig. A képzés végén alap- vagy mester fokozatot adó oklevelet vehetnek át (B.Sc. / M.Sc. in Nursing), s egyúttal az alapnyilvántartásba kerüléssel regisztrált ápolóvá is válnak.

A második ciklus elindításának, azaz az egyetemi ápolóképzés ismételt megteremtésének jogszabályi háttere sokáig váratott magára. Végül 2008. őszén jelent meg az ápolás M.Sc. program képzési és kimeneti követelménye. Ennek alapján akkreditált helyeken a 2009/2010-es tanévben indulhat el egyetemi M.Sc. fokozatot adó ápolói program, így Budapesten és Pécsen (ismételten), valamint a tervek szerint Nyíregyházán is.

A főiskolai programokban az elmúlt tizenhat esztendő során több mint hatezer-hétszáz főiskolai diplomát adtak ki (**I. táblázat**). Jelenleg B.Sc. szintű ápoló – négyéves teljes idejű, illetve részidős – program zajlik hat egyetem egészségügyi, illetőleg egészségtudományi kar önálló szakjaként az ország 9 nagyvárosában. A közös alapozásra való jelentkezés miatt drámai módon csökkent az egyes képzési helyszíneken – és ez által országosan is – az ápolói szakirányt választók száma. Az előrejelzések szerint a következő tanév végén országosan csupán 100 körül lesz azon személyek száma, akik a teljes idejű képzés keretében szerzik meg tudásu-

I. táblázat:
Diplomás ápoló / Ápoló szakon főiskolai oklevelet szerzettek száma 1993-2008

Év	Semmelweis Egyetem ETK, Budapest		Debrecen Egyetem EK, Nyíregyháza		Tessedik Sámuel Főiskola, Gyula		Pécsi Tudományegyetem ETK, Pécs, Kaposvár, Szombathely, Zalaegerszeg, Baja, Székesfehérvár		Szegei Tudományegyetem ETSzKK, Szeged, Kecskemét		Széchenyi István Egyetem PLESZI, Győr		Összesen	
	Nap-pali	Levelező	Nap-pali	Levelező	Nap-pali	Levelező	Nap-pali	Levelező	Nap-pali	Levelező	Nap-pali	Táv./lev.	Nap-pali	Levelező
1993	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
1994	26	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	60
1995	57	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	43
1996	47	37	-	34	-	-	-	44	-	-	-	-	47	115
1997	37	47	-	50	27	14	70	100	-	32	-	-	134	243
1998	33	63	-	57	36	36	79	159	-	58	-	-	148	373
1999	46	96	-	-	40	-	94	4	41	-	-	-	221	100
2000	42	47	-	100	28	34	69	126	31	36	32	35	202	378
2001	36	64	-	68	37	21	90	285	45	36	34	53	242	527
2002	51	136	-	39	22	30	59	80	90	37	34	52	256	374
2003	45	114	12	49	8	22	59	104	23	23	30	40	177	352
2004	26	116	23	45	12	38	44	129	18	23	21	29	144	380
2005	29	106	30	83	13	40	35	113	14	42	19	25	140	409
2006	36	59	21	111	10	27	42	130	13	36	23	19	145	382
2007	22	37	19	132	27	25	9	141	10	40	14	26	101	401
2008	35	99	26	109	16	32	15	101	18	22	19	29	129	392
Össz.	568	1143	131	877	276	319	665	1516	303	385	226	308	2169	4548
Mind-összesen	1711		1008		595		2181		688		534		6717	

kat. Itt kell elmondani azt is, hogy ők már középfokú nyelvvizsgával kell, hogy rendelkezzenek, hiszen ez az oklevél megszerzésének egyik feltétele.

A létszámcsökkenés további okaként soroljuk fel azt, hogy a közös alapozású programokban olyan képzések indultak el teljes idejű formában, melyek elsősorban a potenciális ápolóhallgatók létszámát csökkenthetik. Így a B.Sc. szülésznői és mentő-tisztai szakirányt választók korábban (ezen szakok híján) az ápolói programokban vé-

geztek volna. Jelenleg nincs olyan ágazati hatáskör és munkaerő-piaci tervezés, melyek alapján a képző intézményeket utasítani lehetne bizonyos szakmák indításának korlátozására, másoknak pedig a hangsúlyozására.

Számos további okot is lehetne sorolni, melyek negatív irányban befolyásolják az ápolói hivatás iránt érdeklődők körét. Ezek az okok elsősorban ágazati szintű intézkedések meghozatalának késedelmében, vagy hiányában keresendő (pl. tisztázatlan

kompetenciakörök, bérrendezés elmaradása, életpálya modell hiánya stb.).

A szerzők célja e cikkben a problémák jelzés szintű megemlézése, nem pedig azok részletes kifejtése volt.

Főiskolai ápolók a gyakorlatban

A kilencvenes évek elején a közalkalmazotti bértábla, a szakmai előremenetel lehetősége más ágazatokhoz képest nem jelzett olyan negatív különbséget, mint manapság, másfél évtizeddel később. Az egészségügyben dolgozni biztos, kiszámítható életformát jelentett. Az ország számos hátrányos helyzetű területén éppen az egészségügyben dolgozó nők, anyák mentették meg családjaikat a krízishelyzettől, mely a gyárak, üzemek bezárásának következtében férjük állásvesztése, és tartós munkanélkülisége miatt fenyegette őket.

A szakképzés átalakulása, azaz az érettségire épülő, Országos Képzési Jegyzékben megjelenő szakképzések indítása, valamint a főiskolai ápolói program bevezetése új helyzetet teremtett az egészségügyben elhelyezkedni kívánó fiatalok körében. A kérdés egyszerűnek látszott: az érettségi után nappali, vagy levelező formában, munka mellett, két vagy három év alatt OKJ-s ápoló, vagy szintén az érettségi után 4 év alatt főiskolát végzett, diplomás ápoló legyen a „gyerekből”? A főiskolai programok iránti érdeklődés dinamikus fejlődését még az is erősítette, hogy a kilencvenes évek közepén számos főiskolai képzőhely indította első évfolyamait hároméves formában, tehát még a képzési idő hosszában sem volt különbség. A szakmai minimumfeltételek fejlődésével mind az egészségügyi, mind pedig a szociális ágazat követelményei között megjelent a főiskolai végzettségű ápoló iránti igény. Tehát a főiskolai végzettség birtokában kedvezőbb jövedelmi szintet lehetett a munkáltatóval kialakítani.

Sajnos az ezredfordulóra az ágazat pénzügyi nehézségei következtében mind inkább általánossá vált az, hogy az emberi munkát értéken alul díjazták, vagyis a fizetések kezdtek elmaradni más ágazatokhoz képest. Ez különösen a jól képzett ápolók, szakápolók, szakasszisztensek körében volt tapasztalható. Az elmaradás még inkább szembetűnő

volt a diplomások esetében. Ezt orvosolandó döntött úgy a kormány 2002-ben, hogy az akkor már tapasztalható emberi erőforrás-hiány, valamint a diplomások körében mind inkább növekvő külföldi munkavállalási kedv ellensúlyozására átlagosan 50%-kal emelni kell az alapbért. Ennek hatását számos tanulmány kedvezőnek ítélte, mind a jól képzett, mind pedig a szerényebben képzett, korábban pályaelhagyó munkavállalók körében, így ismételten felértékelődött az ágazat jelentősége, azonban az ágazatban és gazdaságban zajló kedvezőtlen események rövid időn belül „elkoptatták” e pozitív hatásokat (Balogh, 2009).

A kórházakat sújtó megszorító intézkedések miatt a szakemberek finanszírozására szánt összegek minimalizálódtak, az intézmények menedzsmentje a megszorítások miatt a kórházi dolgozóknak szánt juttatásokat csökkenteni, vagy megszüntetni kényszerült, és a bérek többnyire a közalkalmazotti bértábla kötelező minimumára korlátozódtak. Ennek folyamánya lett az, hogy a dolgozók fizetésének az alapilletményen felüli része jelentős mértékben lecsökkent, egyes munkahelyeken meg is szűnt. Ez alól csak ott volt kivétel, ahol már ekkor extrém fokú szakember hiány volt tapasztalható. Ezzel összefüggésben elsősorban a jól képzett kollégák egyre inkább máshol kezdték keresni boldogulásukat (Balogh, 2009). A diplomás szakdolgozó egyre kevésbé vált keresett munkavállalóvá, és ez a hatás mind a mai napig kimutatható például a diplomás (főiskolai végzettségű) ápolók kórházban történő foglalkoztatási adataiból (**1. ábra**). Az Országos Működési Nyilvántartás adatai alapján 2008. decemberében közel 3500 főiskolát végzett ápoló volt regisztrálva a hazai egészségügyi ellátás rendszerében. A szociális ellátás területén foglalkoztatott diplomás ápolókról nem áll rendelkezésre adat.

A jövő kihívásai

Jövőbeni feladatot jelent a diplomás ápoló végzettségű szakemberek felső szakirányú továbbképzési és felsőfokú szakképzési programjainak kidolgozása, mellyel hatéko-

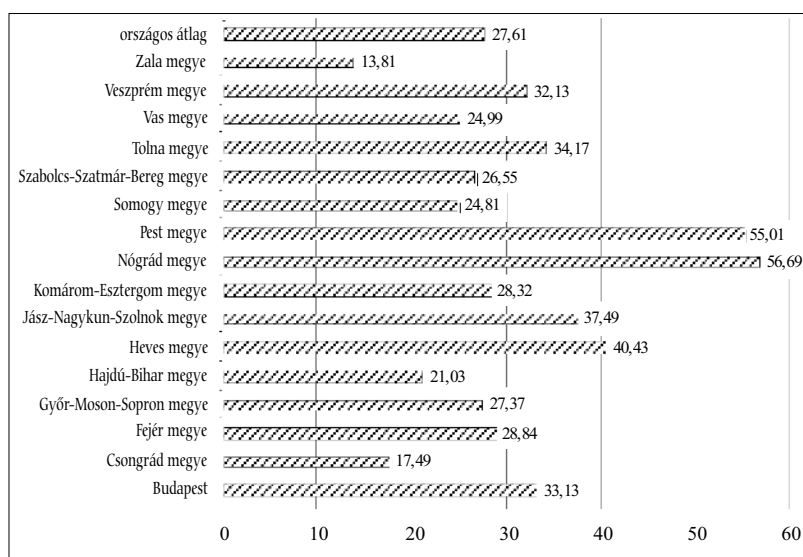
nyan lehet hozzájárulni az élethosszig tartó tanulás, valamint a folyamatos szakmai fejlődés filozófiájának megvalósításához. Számos felsőoktatási intézmény már megtette az ehhez szükséges első lépéseket.

A budapesti Semmelweis Egyetemen a kilencvenes évek elejétől a korábbi intézetvezető szak hagyományaira építve indulhatott el az egészségügyi menedzser, később egészségügyi szakmenedzser képzés, mely elsősorban az ápoló- és orvos-vezetők között volt igen népszerű, s hamarosan az in-

A közeljövőben a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara Nyíregyházán indít egészségügyi rehabilitációs menedzser szakirányú továbbképzést, mely a főiskolai oklevéllel rendelkező ápolók mellett gyógytornászoknak nyújt lehetőséget a szakmai előmenetel megalapozásához. A nyíregyházi Kar vezetésének szándékai szerint itt is el kívánják indítani az akut betegellátó szakemberek képzését.

A fejlesztések új irányát jelenheti az az akkreditált program, amely a Pécsi Tudomány-

1. ábra: Egy főiskolai végzettséggel dolgozó ápolóra jutó kórházi ágyak száma



Forrás: OMNY 2008

tézményi vezetői kinevezések alapfeltételévé is vált.

Az ezredforduló után a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara a 2000-ben a II. Miniszteriális Konferenciát lezáró Müncheneri Deklaráció szellemiségében fejlesztette ki a családgondozó ápolóképzést, mely szintén főiskolai ápolóképzésre építve nyújtott szakirányú ismereteket. Sajnos a hazai rendelkezések szabályozatlan volta miatt ezen képzésforma nem nyert kellő teret.

Az elmúlt években a Pécsi Tudományegyetemen a sürgősségi és triage ápoló, Budapesten hasonló tartalommal az akut betegellátás területén indítottak főiskolai diplomára épülő képzéseket.

egyetem Egészségtudományi Karán indul a jövő tanévtől. Ez (szintén főiskolai ápolói diplomára építve) a műtői területen biztosít szakmai fejlődés lehetőségét. A későbbiekben itt végzendő szakemberek minden jogi szabályozónak, kompetenciakörnek megfelelően a műtétékben első asszisztensként vehetnek majd részt. Ezen kívül Pécsen megalapításra került az intenzív ápoló felsőfokú szakirányú továbbképzés is.

Úgy tűnik azonban, hogy az eddigi felsőfokú szakirányú továbbképzési szakok – a jelentkezési tendenciákat is figyelembe véve – nem a legkedvezőbb „szakosítási” formát jelentik, ezért elsősorban az ápolásban elengedhetetlen bevezetni a felsőfokú szak-

irányú szakképzés rendszerét, de erre van szükség más egészségügyi képzésekben is. Ezen képzési formában a felsőfokú továbbképzésekhez képest a leglényegesebb különbséget az jelenti, hogy az egészségügyi tárca jóváhagyása szükséges, ami az egészségügyi tevékenység végzésére való feljogosítást biztosítja az ágazati szabályozás keretei között.

Ahhoz, hogy a felsőoktatási intézményeknek mind az alapképzési, mesterképzési, mind pedig a szakirányú képzési és továbbképzési tervei sikeresen valósuljanak meg, szükséges az egészségügyi szolgáltatók működését szabályzó személyi minimumfeltételeit leíró rendelkezés aktualizálására, s ezen új végzettséggel rendelkező szakembercsoportok rendszerbe történő beillesztésére.

A másik kihívást valamennyi képző intézmény számára talán a csökkenő hallgatói létszámok jelentik. Ezen csak ágazati és társadalmi szinten történő együttgondolkodással, az ápolói programok kiemelt központi támoga-

tásával, a képzőhelyek szakmai munkájának növelésével, a területi gyakorlóhelyek minőségének fejlesztésével, valamint a hallgatók folyamatos támogatásával lehet javítani. Ehhez összefogásra van szükség, hogy a hallgatók már középiskolásokkor megismerkedjenek az ápolói hivatás valós szépségeivel, a későbbi elhelyezkedés és karrierszerzés lehetőségeivel. Ebben a folyamatban természetesen szükséges az iskolákon kívül a szakmai szervezetekkel, így például a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával, valamint a Magyar Ápolási Egyesülettel való szorosabb együttműködés is. Csak közösen lehet a döntéshozók figyelmét az ágazat és az ápolás jelenére, valamint jövőbeni kilátásaira irányítani.

A bolognai-folyamat hazai elindításának az ápolóképzés szempontjából nem túl kedvező módszere, mely szerint a képzésre jelentkező hallgatók nem szakirányra jelentkeznek, változni látszik. A jövő tanévtől már ismételten érvényes a szakirány-választás, és ennek következtében tervezhetőbbé válnak az egyes képzések keretszámai, és hallgatói létszámai.

Irodalomjegyzék

- Balogh, Z., Borbás, I., Lakó, E. (szerk) (2008): Az ápolás helyzete Magyarországon Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 34-55
- Balogh, Z. (2009): Mi lett veled nővérke? Helyzetkép az egészségügyi munkaerőpiacról Egészségügyi Gazdasági Szemle, 47, 1, 15-22
- Betlehem, J. (2005): Átalakuló egészségügyi felsőoktatás Nővér, 18, 4, 27-31
- Betlehem, J., Boncz, I., Kriszbacher, I., Illei, Gy., Tahin, T., Bódis, J. (2008): Az ápolóképzés változása hazánkban az Európai Felsőoktatási Térségben Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 7, 1, 27-32
- Betlehem, J., Kukla, A., Deutsch, K., Marton-Simora, J., Nagy, G. (2009): The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience Nurse Education Today, 29, 2, 240-245
- Csóka, M., Vingender, I., Mészáros, J. (2008): Tantervreform az egészségügyi felsőoktatásban Nővér, 21, 2, 29-36
- Helembai, K. (szerk.) (2003): Tanulmányok az ápolástudomány köréből II. In: Haluska B.: Az ápolói humán erőforrás időszzerű kérdései az oktatás szemszögéből SzT EFK, 2003. Szeged, 39-45
- Horváth, K. (2001): Előzetes Tanulmányok értékelés és elismerése PLAR (Prior Learning Assessment and Recognition) ETInfo, 4, 3, 11-12
- Mészáros, J., Balogh Z., Zékányné Rimár I. (2006): Az egyetemi végzettségű ápolók lehetséges szerepe a magyar egészségügyben Nővér, 19, 6, 31-34

10. Oláh, A. (2003): Az ápolói készségek fejlesztése az egyetemi szintű képzésben
Egészségügyi Menedzsment, 4, 74-77

11. Sövényi Ferencné (2007): Az egészségügyi szakképzés rövid története
Nővér, 20, 1, 5-78

Two decades of higher-education nursing training in Hungary

Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., Kovácsné Tóth, Á.

Twenty years ago, in autumn 1989, the first college-level nursing courses were launched. In their essay the authors summarise the main stages and characteristics of the emergence of degree-level nursing education, as well as the development guidelines related to EU standards and international trends. They also present the objectives set in the interests of creating a single European Higher Education Area.

The authors publish the numbers of degree nurses who graduated from healthcare-oriented higher education institutes in Hungary between 1993 and 2008, and analyse the ratio of degree nurses employed in the Hungarian healthcare sector to the number of hospital beds.

The article makes special mention of the specialities of the individual training venues, and the challenges related to potential future development.

Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága 2009-ben is megrendezi a Fiatalok Fórumát

Az ORFMMT Mozgásszervi Szekciójával közösen szervezett eseményre várjuk 35 év alatti, a rehabilitációt érintő bármely szakmában dolgozó fiatalok előadásait.

A legjobb előadásokat 3 tagú zsűri javaslata alapján jutalmazzuk.

Helyszín: **Batthyány Kázmér Szakkórház**, 2870 Kisbér, Angol kert 6.

Időpont: **2009. 05. 29.**

Az előadások maximum 7 percesek lehetnek.

Kérjük a **címet, szerzők/előadók nevét, korát, munkahelyét, postai és elektromos levelezési címét, az igényelt eszközt (computer, video) és az előadás absztraktját** tartalmazó jelentkezést elküldeni az alábbi címre:

Dr. Vén Ildikó OORI 1528 Budapest, Szanatórium u. 19. i.ven@rehabint.hu

Határidő: **2009.04.15**

Egészség határok nélkül

Pálfiné Dr. Szabó Ilona Ph.D.

tudományos főmunkatárs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás és Betegellátás Intézet, Ápolástudományi Tanszék

Teknős Miroslava

diplomás ápoló, osztályvezető nővér, Városi Idősek Otthona, Balassagyarmat

Dr. Oláh András Ph.D.

egyetemi docens, tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás és Betegellátás Intézet, Ápolástudományi Tanszék

Németh Katalin

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás és Betegellátás Intézet, Ápolástudományi Tanszék

Dr. Betlehem József Ph.D.

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

Összefoglaló

A vizsgálat célja: feltárni, hogy a magyar és szlovák lakosság körében mennyire jellemző a szűrővizsgálatokon való részvétel, milyen a megkérdezettek egészségmagatartása és egészségtudatos-sága, valamint életminősége, továbbá összehasonlítani a magyar és a szlovák populáció kiválasztott mintáját, hogy hogyan értékeli saját egészségi állapotukat.

Vizsgálati módszer és minta: a vizsgálatban 237 fő vett részt, akik közül 112 fő magyar és 125 fő szlovák nemzetiségű volt. A szerzők anonim, önkitöltős kérdőíves adatgyűjtést végeztek, amelyben kérdéseket tettek fel az egészségi állapot önértékelésére, és az egészségkockázati magatartásra vonatkozóan. Kutatási eszközként az SF-36 és az OLEF kérdőív bizonyos elemeit alkalmazták, kibővítve szocio-demográfiai kérdésekkel.

Eredmények: a vizsgált magyar és szlovák minta egészségmagatartásában az egészségi állapotának önértékelésében, valamint a szűrővizsgálatokon való részvételében különbséget tapasztaltunk, a magyar minta esetében kedvezőbbek az eredmények.

Bevezetés

Számos korábbi kutatás bizonyítja, hogy az életminőséget meghatározó tényezők közül rendkívül fontos az egészség. Az emberek gyakran megfeledkeznek arról, hogy egyéni felelősséget kell vállalniuk az egészségükért. A szocializáció nagymértékben befolyásolja az egyén egészségmagatartását. A magyar nyelvben az „egészség” szó igen kifejezően jelenti, hogy a cél az egészség, a test-lélek-külvilág harmóniája. A testi-lelki egészség feltétele, hogy pszichológiai céljaink megvalósítása, életvezetésünk során a testi, fiziológiai egyensúly is fennmaradjon, a két-

féle szabályozás harmonikusan épüljön egymásra. (Kopp, Berghammer, 2005; Pálfiné et al., 2007; Betlehem, 2007)

Az egész társadalomra kiterjedő preventív népegészségügyi stratégia az alapoknál kezdődik, az egyén egészség-megóvási szokásainál. A preventív indikátorokhoz tartozik a dohányzás, alkoholfogyasztás és a drogfogyasztás mellőzése, az egészséges táplálkozás és a szexuális úton terjedő betegségek kiiktatása. (Boross, 2005) Az egyén egészségét befolyásoló kulturális minta pedig meghatározza, hogy mennyire tudunk a káros szenvedélyektől mentes életet élni.

A megfelelő egészségi állapot fenntartása nagymértékben tudatos törekvés és erőfeszítés eredménye, hiszen a személy nem pusztán passzív elszenvédője azoknak a körülményeknek, amelyek közt jól vagy rosszul érzi magát, hanem - kisebb-nagyobb mértékben - megteremtője is. Az egyén felelősségét és egyben lehetőségeit mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a halálhoz vezető leggyakoribb betegségek (szív-és érrendszeri betegségek) kockázatát tudatosabb egészségmagatartással, azaz a dohányzás, az alkoholfogyasztás visszafogásával, megfelelő étrend követésével és rendszeres testmozgással jelentősen csökkenteni lehetne. (Boross, et al., 2002)

Az egészségkultúra az egészség megőrzésére, helyreállítására és fejlesztésére irányuló közösségi cél- és eszközrendszer, a hozzákapcsolódó egyéni és közösségi magatartással együtt. Egyedül ez a fogalom képes átfogni azon ismeretek és tevékenységek összességét, amelyek a személyes és a közösségi egészség megőrzését, fejlesztését, illetve a betegek gyógyítását szolgálják. Az elmúlt tizenöt évben Magyarországon a születéskor várható élettartam kissé emelkedett, férfiak esetében 65,1-ről 68,6, a nők körében 73,7-ről 76,9 évre. Százezer megfelelő korú lakosra jutó halálozás esetén a 2005-ös évben a keringés és érrendszer betegségek dominálnak, a második helyen a daganatos betegségek állnak. A 2002. évi egészségi állapot megítélése szerint a férfiak többsége jónak (38,7%) és közepesnek (37,7%), a nők többsége közepesnek (40,4%) és jónak (35,7%) jelölte saját egészségi állapotát. A lakosság 5%-a elégedetlen és 7% nagyon elégedett volt az általános egészségi állapotával. (Bocz et al., 2007)

Az EU-hoz Magyarországgal együtt csatlakozó szomszédos ország, Szlovákia nép-egészségügyi mutatói is hasonlóak Magyarországhoz. A szlovákiai népesség egészségi állapota sok tekintetben kedvezőtlen. Amíg az átlag szlovák esetében az egészségben töltött várható élettartam 62,4 év, a legfejlettebb országokban ez az érték 69,4 év (Németország) és 73,8 év (Japán) között mozog. Szlovákia egyre kevésbé képes kezelni az iparosodott országokra jellemző problémá-

kat: a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségeket. A statisztikai hivatal jelentése szerint 2002-ben a leggyakoribb halálokok éppen a keringési rendszer betegségei (55,2%) és a daganatos megbetegedések (22,8%) voltak.

A Szlovákiát és Magyarországot elválasztó határ jelentősége napjainkban már jelképes, mégis az országok gazdasági teljesítőképessége, az egészségügyi ellátórendszer, az emberek életmódja hordozhat az egészségkultúrára, egészségmagatartásra és az egészségre befolyással bíró jellemzőket.

Az egészségmagatartás az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége. Matarazzo két alaptípust különített el az egészségmagatartáson belül, amelyek a magatartás irányultságát, lehetséges következményeit is jól tükrözik. Az egyik az egészség megtartását szolgáló, immunogén egészségmagatartás vagy preventív egészségmagatartás. Ilyen például a táplálkozás kontroll vagy a rendszeres sportolás. A másik az egészségkockázati magatartás, amely lényegében patogén egészségmagatartás. Ebbe a kategóriába sorolhatjuk a káros szenvedélyeket, mint a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás. A két csoport viszonya alapján az immunogén egészségmagatartás lehet passzív, amikor csupán arról van szó, hogy az egyén tartózkodik például a dohányzástól és lehet aktív, ami tudatos döntés eredménye és aktív hozzáállást igényel, mint például a sportolás vagy a helyes táplálkozás (Matarazzo, 1980).

Az **egészség** az egészségkultúra érték-kategóriája, és természetesen a mindenkori szűkebb és tágabb kulturális környezet függvénye.

A magyar lakosság egészségi állapota az elmúlt három évtizedben drámai mértékben romlott. Egyértelműen súlyosbítja a lakosság egészségügyi kilátásait az ország megváltozott gazdasági struktúrája, a munkanélküliség, a reáljövedelmek csökkenése, a lakosság széles rétegeit érintő szegénység. Az életminőség romlik, a halálozási statisztikában vezető szerepet betöltő betegségek: a szív-és érrendszeri betegségek, daganat-

tok, mentális betegségek, mozgásszervi betegségek száma állandó emelkedést mutat. A 2000-ben végzett OLEF vizsgálat alapján csaknem minden negyedik nő (24,5%) úgy gondolja, hogy semmit vagy csak keveset tehet saját egészségéért, a férfiak közül csak minden ötödik (20,7%) vélekedett hasonlóképpen (Boross, 2002).

Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák pszichoszociális egészségindikátorok. Rizikó-, vagyis az egészségkárosító magatartásformák közé azok tartoznak, amelyek fontos szerepet játszanak a későbbiekben egyes krónikus betegségek kialakulásában, így például a dohányzás, alkohol-és kábítószer fogyasztás, elhízás/evészavarok. (Pluhár, 2006)

Ha az egészséget befolyásoló, meghatározó leggyakoribb tényezőket kívánjuk részletesebben elemezni, akkor óhatatlanul találkozzunk a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóság egészségmagatartási jellemzőivel. A dohányzás károsító hatása világszerte felismert tény. A dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz, becslések szerint minden 10. felnőtt ember haláláért felelős (Curling, 1999). Magyarországon a nők 23%-a, a férfiak 38,2%-a dohányzik napi rendszerességgel. Minden 11. nő, (9,4%), illetve minden 4. férfi (25%) naponta legalább egy doboz cigarettát szívott el (Boross, 2002). Egy 2003-as felmérésben 12668 (17 év feletti) véletlenszerűen kiválasztott felnőtt populációt tanulmányozva megállapították, hogy a kérdőívre választ adóknak több mint fele (54,2%) sosem dohányzott, valaha dohányzott 18,2%, és a vizsgálat alatt is dohányzott a minta 27,6%-a, továbbá 353 fő (2,8 %) a dohányzással kapcsolatos kérdésre nem válaszolt. Elszomorító az a tény is, hogy legnagyobb arányban (32,5%) a 35 év alatti felnőtt lakosság volt dohányos a vizsgálat alatt.

A dohányzással való ismerkedés a legtöbb esetben serdülő- vagy ifjúkorban történik (Marian és Urbán, 2002), aminek hátterében részben társadalmi-kulturális, részben társas hatások állnak. (Szántó et al., 2003, Pikó, 2004) A további kutatások is azt bizonyítják, hogy évek múlásával sem jobb a kép, egy 953 személynél végzett vizsgálat

alapján a válaszadók közül 93 férfi (9,9%) naponta több mint 20 szál cigarettát szív el, 113 férfi (11,9%) fogyaszt naponta alkoholt (Posgay et al., 2006).

A túlzott alkoholfogyasztás az egyik legsúlyosabb egészség-és társadalomromboló tényező. Az alkoholizmus népegészségügyi, illetve társadalmi probléma, mely téren Magyarország az európai országok között vezető helyet foglal el. A májzsugorban elhaltak számát tekintve nemzetközi összehasonlításban hazánk évtizedek óta kiemelkedik (Marian és Urbán, 2002). A kelet- és közép-európai országok, köztük Csehország, Szlovákia és Lengyelország italfogyasztási szokásai sok hasonlóságot mutatnak a hazai helyzettel, viszont az alkoholspecifikus mortalitás ezekben az országokban alacsonyabb, mint nálunk. Az alkohol okozta mortalitás Magyarországon mintegy 78%-al nagyobb az európai uniós átlagnál (Gábor és Kiss, 2006). A szeszesital fogyasztással közvetlenül összefüggő betegségek száma növekszik, elsősorban a krónikus májbetegség és májzsugor, de a nagy mennyiségű, rendszeres szeszesital fogyasztás megnöveli a szív-érrendszeri megbetegedések kockázatát is, a 35 éven aluliak körében pedig növeli az erőszakos halálozás (sérülés, baleset) kockázatát (Marian és Urbán, 2002). Az OLEF felmérése szerint a nők több mint egyharmada (36,7%) soha nem iszik szeszesitalt, ugyanakkor ezt csupán minden tizedik férfi (10,2%) állította magáról. Ritkán fogyaszt alkoholt a nők több mint harmada (37,2%), és a férfiak negyede (24,9%). A nők ötöde (20,9%), a férfiak majd fele (45,5%) mértékletesen fogyasztott alkoholt. Nagyvívónak a nők 5,2%-a, a férfiak 19,4%-a volt tekinthető (Boross, 2002).

Az alkoholfogyasztási szokások adatainál – tekintettel azok bizalmas jellegére és nagyon szubjektív megítélésére – a megkérdezett egyének önbevallására támaszkodtak. A gyakoriság és a fogyasztott mennyiség alapján az egyes személyeket alkoholfogyasztó típusokba sorolták be.

Az emberek sokszor még az elérhető óvintézkedéseket sem hajlandók megtenni. Az egészség megóvásáért, vagy a betegségek

korai felismeréséért a fejlett országokban a társadalom szélesebb, veszélyeztetett rétegei szervezett szűrővizsgálatokon vehetnek részt. A szűrővizsgálatok célja a lakosság egészségének védelme, és az egyén életminőségének, illetve élettartamának növelése a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint arra hajlamosító kockázati tényezők korai -lehetőleg panaszmentes- szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével (Döbrössy et al., 2007).

Mindennek ellenére nem megfelelő az emberek részvétele a szűrővizsgálatokon. A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai között szerepel a rák képe a köztudatban, az, hogy az ember fél a ráktól, mint a halált okozó tényőtől, így még a megelőzés kapcsán sem akar foglalkozni vele. A szervezett szűrés során mind a meghívás, mind pedig a szűrővizsgálat előtti tájékoztatás is negatívan érinti az egyént. A szűrővizsgálat folyamata is gyakran megrázóan hat az emberre, mert ez az intimitás megsértését és időnként a fájdalom megjelenését jelenti a vizsgálat során. Nem utolsó sorban meg kell említeni a bizonytalansági periódusokat is. Ide tartozik a várakozás, amely bizonytalansággal járhat. A testkép megváltozása, a „téves pozitív” lelet, a szűrés utáni információközlés, mind olyan következményeket von maga után, melyek negatívan hatnak az emberek szűrővizsgálaton való részvételére. (Döbrössy et al., 2007; Pikó, 2003)

A szűrés során tünetmentes és panaszmentes személyeket vizsgálnak azzal a céllal, hogy kizárják, vagy valószínűsítsék bizonyos betegségek fennállását. A szűrést kétféleképpen lehet alkalmazni: alkalmasszerűen és szervezeten. Az alkalmasszerű vagy oportunistikus szűrés jellemzője a tervezettség és szervezethez teljes hiánya. Amikor például valaki saját elhatározásból méhnyakrák-szűrésre jelentkezik, az ebbe a csoportba tartozik. A saját alapokon szervezett szűrés az egyén szempontjából nagyobb biztonságot adhat, hiszen szakmailag ideális időszakban és gyakorisággal vehet részt. A szervezett szűrés egy kockázati alapon kiválasztott célcsoport tervezett és szervezett átvizsgálását jelenti. A kockázat egy bizonyos

típusú betegség (pl. méhnyakrák) adott korcsoportban való előfordulása. A szervezett szűrővizsgálat egyetlen kiválasztási feltétele az életkor. A szűrés jellemzője a költséghatékonyosság. Ami a társadalom szempontjából jó (lásd: nagy számok törvényei, statisztika) az az egyén szempontjából nem tekinthető minden esetben ideálisnak (Döbrössy et al., 2007). A szűrés kapcsán kiemelt személyek kivizsgálásra kerülnek.

Újszászy (2004) szerint különbséget kell tenni a betegség szűrésével, diagnosztikájával és a nyomon követéssel kapcsolatos teendők között. Szűrővizsgálatként azok az eljárások értékelhetők, amelyek a magukat még egészségesnek tudó lakosokon a korai esetek vagy a betegséget megelőző (pl. rákelőző) állapotok felderítésére végeznek. Az előrehaladott folyamatok kezelési eredményei sivarak, viszont a korai esetekéi meglehetősen jók. A legtöbb vastagbélrák okozta elhalálozás szűrővizsgálatokkal és a korai esetek, valamint a rákelőző állapotok következetes kezelésével gyakorlatilag megelőzhető lenne (Újszászy, 2004; Boncz et al., 2007). A népegészségügyi szűrési programban kiemelt lokalizációként szereplő daganatok (méhnyak-, emlő-, vastag- és végbélrák) halálozási adatait öt európai országgal összevetve, a női méhnyak-, vastag- és végbélrák hazai helyzete kifejezetten elkésztítő. Míg a vizsgált országokban a méhnyakrák halálozási arányszáma csökkent, addig nálunk 3,5-szer magasabb ez az érték, mint a többi országban. Szembeszökő továbbá a kétszeres női vastag- és végbélrákos halálozási arány. A női tüdőrák halálozásában megszerzett kiemelkedő szerepünk és az általános növekedési tendencia is nyilvánvaló (Ottó és Kásler, 2005).

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 (Karamánné et al.,

2005; Betlehem et al., 2008). Elszomorító az a tény, hogy minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek a megkérdezettek, annál kevésbé veszik igénybe a betegségmegelőzésben a szűrővizsgálatok adta lehetőségeket (Pásztor, 2006).

A középkorú nők között 21,4 %-ról 17,2 %-ra, a 65 éves és idősebb nők körében 65,7 %-ról 56,5 %-ra csökkent azok aránya, akik több mint 5 éve vagy sohasem jártak nőgyásznál. (Bujdosó, 2006)

Vizsgálati módszer és minta

Felmérésünk célja, hogy bemutassuk Magyarország és Szlovákia két kistérsége között tapasztalható egészségmagatartásbeli, életminőségbeli és a szűrővizsgálatokon való részvételi, hajlandóságbeli különbségeket és hasonlóságokat.

Összehasonlítottuk a két minta egészségi állapotát, egészségükhöz való hozzáállást, az egészséget befolyásoló tényezőket, a szűrővizsgálatokon való részvételt, és a szubjektív életminőség értékelését.

A mintaválasztás módja kényelmi mintavétel volt, keresztmetszeti vizsgálattal, önkitöltős kérdőíves eszközzel. Két vizsgálati mintát választottunk: Magyarországon Balassagyarmatot és térségét, Szlovákiában Nagykürtöst és térségét.

A kérdőív kiosztása a két térség tüdőszűrő állomásán, valamint a két vizsgálatban résztvevő térség lakosainak lakásán történt, 2007. november 10-től–2008. február 14-ig.

Balassagyarmat és térsége a magyar és szlovák határán fekszik. A térség lakossága meghaladja 42839 főt. Számottevő nagyüzem és ipari egység működik a városban és környékén, melyek munkalehetőséget biztosítanak a környék lakosainak (Posgay et al., 2006). Nagykürtös város és térsége Hont és Nógrád megye határán található. A közelében lévő Bana Dolina szénbányák fontos gazdasági tényezők. Kereskedelmi és politikai átalakulások során Nagykürtös nagyvárossá nőtte ki magát. Manapság már a bányászat működése nem jelentős, de talál-

ható itt sok ipari és faüzemi egység. A térség lakossága 46466 fő. (Zaloudeková, 2006)

A kutatásunk során alkalmazott eszközök:

1. kérdőív – Short Form-36 (SF-36) standard kérdőív az egészségi állapotról, amelynek rövid leírása a következő:

Ware munkatársaival az SF kérdőívet úgy építette fel, hogy magába foglaljon olyan pszichometrikus standardokat, melyek nélkülözhetetlenek a csoportok összehasonlításához. 40 fogalomból kiválasztottak nyolc egészségi fogalmat. Ezek a fogalmak képviselik széles körben azokat a jelenségeket, melyek leginkább befolyásolják az egészségi állapotot. Ide tartoznak a viselkedésre, a rendellenes működésre, a szenvedésre és a jólétre ható indikátorok. A kiosztott kérdőíveket újra és újra kiértékelték, felmérték az értékek validitását, és a végén meghatározták az SF-36 normál értékeit. (Ware, et al., 2000).

A nyolc legfontosabb egészségi állapotjelző fogalom reprezentálása mellett ígéretesnek mutatkozott az ellátás eredményének tükrözésében. Czimbalmos és munkatársai (1999) alapján: Fizikai működés (FM); Fizikai szerep (FS); Testi fájdalom (TF); Általános egészség (ÁE); Vitalitás (VT); Szociális működés (SM); Érzelmi szerep (ÉS); Mentális egészség (ME).

2. kérdőív – önkitöltős, anonim, saját szerkesztésű kérdőív. A kérdőívben nyitott és zárt kérdések szerepelnek. A kérdések megszerkesztésének alapjául az OLEF 2000 Kutatási jelentésben található önkitöltős kérdőívnek bizonyos kiemelt kérdései szolgálnak a következő témakörökből: Vélt egészség; Egységmagatartás; Káros szenvedély; Testmozgás; Egységügyi ellátás (Boross et al., 2002).

Ezen kívül szocio-demográfiai kérdésekkel is kiegészítettük a kérdőívet. A demográfiai kérdések nemzetiségre, nemre, korra, iskolai végzettségre, foglalkozásra vonatkoztak.

Szlovákia területén szlovák nyelvű kérdőívek kerültek kiosztásra. A kérdőív tartalma megegyezett a magyar nyelvű kér-

dőívvvel. A kérdőív lefordítását a kutatásban résztvevő szlovák anyanyelvű és születésű munkatársunk egyeztetve Nagykürtös fordító hivatal jogászával. Szlovákiában és Magyarországon is a kérdőíveket kérdezőbiztosok osztották ki és gyűjtötték össze.

A kérdőívek feldolgozását Microsoft Excel program segítségével végeztük, és az adat elemzésére a khi-négyzet próbát alkalmaztuk. A számításokat a 95 %-s megbízhatósági tartomány (95 %-s MT) függvényében vizsgáltuk. A szignifikancia szint $p < 0,05$.

Az eredmények értékelésénél azonban figyelembe kell venni a vizsgálat jellegéből adódó korlátokat.

Hipotézisek

Feltételeztük, hogy a két vizsgált térség (Balassagyarmat és Nagykürtös) válaszadó lakosainak egészségmagatartása nem mutat szignifikáns eltérést.

A magyar és a szlovák válaszadók között különbséget vélünk felfedezni a szűrővizsgálatok igénybevételével kapcsolatosan.

Az általunk vizsgált térségekben a megkérdezett magyar lakosság egészségi állapotának szubjektív önértékelése nem tér el a szlovák lakosság egészségi állapotának önértékelésétől.

Eredmények

A vizsgálatban 237 fő vett részt, ebből 112 fő magyar és 125 fő szlovák nemzetiségű. A résztvevők életkorát három csoportra (18-30 év, 31-50 év és 51-felett) osztottuk. Az átlag életkor mindkét populációban 31-50 év közötti csoportba sorolható.

A szocio-demográfiai adatok alapján a vizsgálatban részt vevők között 47% magyar nemzetiségű, 53% szlovák nemzetiségű volt.

A megkérdezettek nemek szerinti megoszlása nem mutat szignifikáns különbséget ($p=0,718$). Magyar férfiak 46%-al és szlovák férfiak 43%-al képviselik a mintát. Nők esetében ez az arány a magyar mintában 54%, a szlovák csoportban 57%.

Mindkét vizsgált populációban a többség középiskolai végzettséggel rendelkezik (magyar minta 60%, szlovák minta 73%), valamint fizikai munkát végez (magyar minta 60%, szlovák minta 80%).

Összehasonlításra került a két vizsgált minta egészségi állapotának önértékelése és a válaszadók egészségmagatartása. Mindkét vizsgált populáció többsége jónak ítélte meg az egészségét (magyar populáció 60%, szlovák populáció 59%). Szignifikánsan többen tartják jónak egészségüket a magyar populációban, mint a kontroll szlovák populációban ($p=0,011$). Hasonló következtetésre jutott Boncz 2007-es kutatásában is.

Jelen kutatás szerint a vizsgált magyar populáció 29%-a (0,21-0,43 MT) úgy véli, hogy nagyon sokat tehet az egészségéért, ugyanakkor a szlovák populáció 35%-a (0,26-0,43 MT) vélekedett így.

Korcsoportonkénti bontásban nézve az eredményt azt tapasztaltuk, hogy a közép korosztály (31-50 év között) megítélésében már 10% különbség van. A magyar populációban 44%, a szlovák populációban 54% úgy ítéli meg, hogy sokat, illetve nagyon sokat tehetnek az egészségük megóvása, javítása érdekében. Az idősebbek körében (51 és ennél több év) még nagyobb különbség látható a két populáció viszonylatában, ez a mutató a magyar populációban 13%-a (0,05-0,19 MT), míg a szlovák populációban 29% (0,19-0,37 MT).

Nemek szerinti megoszlásban is különbséget vélünk felfedezni. Mindkét vizsgált csoport női képviselői a férfiaknál magasabb arányban gondolják azt, hogy sokat, illetve nagyon sokat tehetnek az egészségükért. A szlovák mintában a különbség szignifikáns ($p=0,020$), mert a nők 83%-a (0,74-0,91 MT) úgy véli, hogy nagyon sokat tehet az egészségéért, szemben a férfiak 59%-val (0,46-0,72 MT). A magyar populációban nincs jelentős különbség ($p=0,649$), mert a nők 80%-a (0,70-0,90 MT) úgy véli, hogy sokat tehet az egészségéért, míg a férfiak 73%-a (0,60-0,84 MT) gondolja így, ellentétben Füzesi, (2004) és Boros (2005) kutatásában leírtakkal.

A kutatásunkban az **alkoholfogyasztás** gyakoriságát nézve megállapítható, hogy

mindkét populáció jelentős része néha fogyaszt alkoholt: a magyar csoportban 62% (0,52-0,70 MT), a szlovák csoportban 44% (0,35-0,52 MT). Nincs szignifikáns különbség a néha alkoholfogyasztók terén ($p=0,008$). Megállapítható továbbá az is, hogy a szlovák mintában nagyobb arányban, 39%-ban (0,30-0,48 MT) vannak olyanok, akik soha nem fogyasztanak alkoholt, mint a magyar mintában, ahol ez az arány 21% (0,13-0,28 MT).

Az alkoholfogyasztás arányaival ellentétes az az eredmény, hogy jelentősen több ($p=0,005$) a magyar populációban azok száma, akik **nem dohányoznak**, ez 55% (0,46-0,65 MT), míg a szlovák mintában 40% (0,31-0,49 MT).

Napi több mint 20 szál cigaretta fogyasztása tekintetében a szlovák populáció körében mért érték, mely 20% (0,13-0,27 MT), magasan megelőzi a magyar populációt, 6% (0,02-0,11 MT).

Felmérésünk eredményei szerint a **testmozgás** terén nincs jelentős különbség a két populációban ($p=0,544$). A gyakoriságot illetően a megkérdezettek nagyobb része hetente többször, de nem minden nap végez testmozgást, és jelentős különbség nem

állapítható meg a két vizsgált mintában ($p=0,199$).

A felnőtt magyar lakosság 78%-a (0,69-0,85 MT) és a szlovák populáció 82%-a (0,75-0,88 MT) végez olyan testmozgást, amely észrevehetően megizzasztja, vagy felgyorsítja a szívverését. Az értékeket nézve megállapíthatjuk, hogy nincs jelentős különbség a két populációban mozgást végzők esetében ($p=0,544$). **(I. táblázat)**

Az első hipotézisünkben azt feltételeztük, hogy a két vizsgált populáció egészségmagatartása (az országok közötti határvonal ellenére) nem mutat szignifikáns eltérést, ez a feltételezésünk nem igazolódott be. A magyar válaszadók 29%-a (0,21-0,43 MT) úgy véli, hogy nagyon sokat tehet az egészségéért, a szlovák megkérdezettek 35%-os (0,26-0,43 MT) értékéhez képest szignifikáns különbséget tapasztaltunk. Megállapítható, hogy a két csoport tagjai eltérően vélekednek arról, hogy mennyit tehetnek az egészségükért.

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos kérdéscsoportban azt vizsgáltuk, hogy a két minta képviselői milyen gyakorisággal ve-

I. táblázat: A megkérdezett szlovák és magyar lakosok egészségkockázati magatartása (n=237)

Egészségmagatartás	Gyakoriság	Balassagyarmat és térsége (Magyarország)	Nagykürtös és térsége (Szlovákia)
dohányzás	igen, naponta	37 % (0,28-0,46 MT)	57 % (0,48-0,65 MT)
	igen, de nem minden nap	8 % (0,03-0,00 MT)	3 % (0,00-0,06 MT)
	nem	55 % (0,46-0,65 MT)	40 % (0,31-0,49 MT)
alkoholfogyasztás	sohasem fogyaszt	21 % (0,13-0,28 MT)	39 % (0,30-0,47 MT)
	néha fogyaszt	62 % (0,52-0,70 MT)	44 % (0,35-0,52 MT)
	hetente fogyaszt	13 % (0,06-0,18 MT)	14 % (0,08-0,20 MT)
	naponta fogyaszt	5 % (0,01-0,09 MT)	2 % (0,00-0,05 MT)
testmozgás	igen	77 % (0,69-0,85 MT)	82 % (0,75-0,88 MT)
	nem	21 % (0,14-0,29 MT)	16 % (0,10-0,22 MT)
	nem képes rá	2 % (-0,01-0,04 MT)	2 % (-0,00-0,05 MT)
mozgás gyakorisága	legalább naponta egyszer hetente többször	29 % (0,21-0,38 MT)	19 % (0,12-0,26 MT)
	legalább hetente egyszer	35 % (0,26-0,44 MT)	33 % (0,25-0,41 MT)
	legalább naponta egyszer	13 % (0,06-0,19 MT)	15 % (0,09-0,21 MT)
	legalább havonta egyszer	3 % (-0,00-0,06 MT)	7 % (0,03-0,12 MT)
	ritkábban, mint havonta	21 % (0,13-0,28 MT)	26 % (0,18-0,33 MT)
cigarettafogyasztás	< 20 szál cigaretta	25 % (0,17-0,33 MT)	26 % (0,18-0,33 MT)
	20 szál cigaretta	13 % (0,07-0,20 MT)	14 % (0,08-0,20 MT)
	> mint 20 szál	6 % (0,02-0,11 MT)	20 % (0,13-0,27 MT)
	nem cigarettát szív	55 % (0,46-0,65 MT)	40 % (0,31-0,49 MT)

szik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, preventív vizsgálati lehetőségeket.

Jelentős különbség tapasztalható a fogorvosi ellátást igénybevételrel kapcsolatosan ($p < 0,001$), mivel a magyar minta jelentős része csak alkalmoszerűen vesz igénybe ilyen szolgáltatást.

Mindkét mintában szignifikáns összefüggés tapasztalható az évente TBC szűrésen résztvevők esetében ($p < 0,001$), továbbá szignifikáns különbség látható a méhnyakrák-szűrés igénybevételével kapcsolatosan ($p < 0,001$). Jelentősen magasabb a szlovák mintában azok aránya, akik soha nem járnak a méhnyakrák-szűrésre, mint a magyar mintacsoportban.

A vastagbél-, végbél rákszűrés esetében a két mintában nincs szignifikáns különbség ($p = 0,114$) azon csoportoknál, akik soha nem vesznek igénybe e szűrési lehetőséget. Ugyan ezt mondhatjuk a prosztatara szűrési igénybevételével kapcsolatosan ($p = 1,000$).

Köztudottan ez a két terület okoz leginkább kellemetlen élményeket a vizsgálaton résztvevők számára, továbbá sokan nincsenek tisztában azzal, hogy ilyen preventív vizsgálat is van, és mekkora jelentőséggel bír. Mindkét kutatási területen ez tükröződik.

Kimagaslóan többen ($p < 0,001$) kapnak tájékoztatást a háziiorvostól a szűrő-

vizsgálatokat illetően szlovák populációban, mint a magyar populációban. A két vizsgált minta szűrővizsgálatokon való részvételét a **II. táblázat** szemlélteti.

A válaszokat figyelembe véve beigazolódott, hogy a magyar és a szlovák válaszadók között különbség mutatkozik a szűrővizsgálatok igénybevételével kapcsolatosan.

A két ország vizsgált mintájának **életminőség mutatóiban** eltérések láthatók minden dimenzióban. A legnagyobb különbség az általános egészség terén látható, ahol a kívánt normál értéket a vizsgált magyar populáció 20%-a, a vizsgált szlovák populáció 7%-a érte el!

Általános egészség (ÁE) terén ($p = 0,005$) szignifikánsan több az olyan szlovák válaszadók száma, akik nem érték el a várt normál értéket, mint a magyar populáció esetében.

Mentális egészség terén a magyar populáció jobbra értékeli azt (43%), mint a szlovák populáció (30 %). Mentális egészség (ME) terén ($p = 0,046$) szignifikánsan magasabb a szlovák mintában azok aránya, akik nem érték el a normál értéket, mint a magyar csoportban.

Fizikai szerep (FS) terén a magyar populáció körében ($p = 0,044$) szignifikánsan ma-

II. táblázat: A válaszadó szlovák és magyar lakosok szűrővizsgálatokon való részvétele (n=237)

Szűrővizsgálatok igénybevétele	Gyakoriság	Balassagyarmat és térsége (Magyarország)	Nagykürtös és térsége (Szlovákia)
háziiorvosi ellátás	alkalmoszerűen havonta	81 % (0,740-0,884 MT)	70 % (0,624-0,784 MT)
	évente	11 % (0,050-0,164 MT)	10 % (0,044-0,148 MT)
	szűrésekkor	5 % (0,012-0,695 MT)	13 % (0,069-0,187 MT)
	soha	0 % (0-0 MT)	6 % (0,021-0,107 MT)
fogorvosi ellátás	alkalmoszerűen havonta	3 % (-0,003-0,057 MT)	1 % (-0,008-0,004 MT)
	évente	69 % (0,602-0,773 MT)	17 % (0,102-0,234 MT)
	szűrésekkor	1 % (-0,008-0,026 MT)	4 % (0,006-0,074 MT)
	soha	16 % (0,093-0,229 MT)	36 % (0,276-0,444 MT)
tüdőszűrés	évente	1 % (-0,008-0,026 MT)	24 % (0,165-0,315 MT)
	szűrésekkor	13 % (0,071-0,197 MT)	19 % (0,123-0,261 MT)
	soha	4 % (0,006-0,083 MT)	13 % (0,069-0,187 MT)
	évente	61 % (0,517-0,698 MT)	33 % (0,246-0,410 MT)
méhnyakrák-szűrés	évente	21 % (0,138-0,290 MT)	24 % (0,165-0,314 MT)
	szűrésekkor	13 % (0,071-0,192 MT)	30 % (0,20-0,385 MT)
	soha	43 % (0,302-0,550 MT)	6 % (0,003-0,110 MT)
	évente	21 % (0,110-0,316 MT)	24 % (0,140-0,339 MT)
méhnyakrák-szűrés	évente	15 % (0,059-0,237 MT)	20 % (0,105-0,290 MT)
	szűrésekkor	21 % (0,110-0,316 MT)	51 % (0,391-0,623 MT)
	soha	15 % (0,059-0,237 MT)	20 % (0,105-0,290 MT)
	évente	21 % (0,110-0,316 MT)	51 % (0,391-0,623 MT)

gasabb azok száma, akik elérték a normál értéket, mint a szlovák csoportban.

Összességében elmondható, hogy a vizsgált populáció felének nem jó az életminősége, melyet nagyon sok külső és belső tényező befolyásol. (III. táblázat).

Kutatásunk alapján azon feltételezésekünk, hogy a vizsgált mintákban a magyar lakosság életminőségi és egészségi állapotának szubjektív önértékelése nem tér el szlovák lakosság önértékelésétől, nem igazolódott be, mivel lényeges eltérések mutathatók ki.

Következtetések

Felmérésünk célja volt, hogy bemutassuk Magyarország és Szlovákia két kistérségében kiválasztott mintában tapasztalható egészségmagatartásban, életminőségben és a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóságban észlelhető különbségeket. A két vizsgált minta földrajzi tekintetben nem él messze egymástól, mégis eltérések tapasztalhatók az egészségmagatartás, az egészségkultúra és az életminőség terén. Mivel a két ország kultúrája, egészségügyi rendszere, és az emberek életvitele is sok tekintetben különbözik egymástól, ez az eltérés érthető.

Összességében elmondható, hogy a vizsgált populáció felének nem jó az életminősége,

melyet nagyon sok külső és belső tényező befolyásolhat. Megállapítható, hogy a két csoport képviselői eltérően vélekednek arról, mennyit tehetnek az egészségükért. Az eredményeket korcsoportonként elemezve arra a megállapításra jutottunk, hogy az évek előrehaladtával az emberek mindkét mintában egyre kevésbé gondolják azt, hogy sokat tehetnének a saját egészségük megóvása érdekében. Mindkét vizsgált csoport női képviselői között többen gondolják azt, hogy sokat, illetve nagyon sokat tehetnek az egészségükért, mint férfiak.

A kutatásunkban az alkoholfogyasztás gyakoriságát tekintve megállapítható, hogy mindkét minta jelentős része csak néha fogyaszt alkoholt. Az alkoholt nem fogyasztók között a szlovákok aránya nagyobb (39%, ill. 21%).

Az alkoholfogyasztási eredményekkel ellentétes irányú a nem dohányzó magyarok aránya, ez ugyanis lényegesen magasabb, mint a szlovák csoportban (55%, ill. 40%).

A kapott eredmények szerint a testmozgást végzők esetében a testmozgás gyakorisága terén nincs jelentős különbség a két mintában.

A szűrővizsgálatok tekintetében a két vizsgált minta közül a magyar lakosság megjelenése kedvezőbb arányokat mutat a szlovákénál.

III. táblázat: Az SF-36 dimenzióinak bemutatása a két vizsgált mintában, akik elérték a standard pontértéket

SF-36 dimenziók	Prevalencia		Megbízhatósági tartomány		P érték
	magyar minta	szlovák minta	magyar minta	szlovák minta	
Fizikai működés	52 %	48 %	0,43-0,61	0,39-0,57	0,561
Fizikai szerep	63 %	50 %	0,54-0,72	0,42-0,59	0,044
Testi fájdalom	34 %	33 %	0,25-0,43	0,25-0,41	0,854
Általános egészség	20 %	7 %	0,12-0,27	0,03-0,12	0,005
Vitalitás	34 %	32 %	0,25-0,43	0,24-0,40	0,752
Szociális működés	38 %	34 %	0,29-0,46	0,26-0,43	0,619
Érzelmi szerep	49 %	45 %	0,40-0,58	0,36-0,54	0,507
Mentális egészség	43 %	30 %	0,34-0,52	0,22-0,38	0,046

A vizsgált minta egészségi állapotának szubjektív önértékelésénél is eltérések tapasztalhatóak. A kérdőív nyolc egészségügyi dimenzióját vizsgálva csak három dimenzió esetén mutatható ki szignifikáns különbség: fizikai szerep ($p=0,0449$, általános egészség ($p=0,005$), mentális egészség ($p=0,046$). Mindhárom dimenzióban a magyar mintában jelentősen magasabb azok aránya, akik elérték a kívánt normál értékeket.

Megállapítható, hogy a vizsgált populációban a többségnek nem jó az életminősége. Erre utal az is, hogy mindkét mintában csak jónak ítélte meg az egészségét a megkérdezettek jelentős része.

Az egész társadalomra kiterjedő preventív népegészségügyi stratégia az alapoknál kezdődik, az egyén egészség-megóvási szokásainál, ezt pedig nagyban meghatározza az egyén egészségét befolyásoló kulturális minta.

Irodalomjegyzék

1. Czibalmos, Á. et al: Páciens megelégedettségi vizsgálat az SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása
Népegészségügy, 1999, 1; 4-19
2. Betlehem, J. et al (2007): A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon
Nővér, 20; 6:3-13
3. Betlehem, J., Kriszbacher, I. (2008): A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése
Egészségügyi Gazdasági Szemle, 46; 6:22-25
4. Bocz, J. et al (2007): Társadalmi helyzetkép 2005
KSH, Budapest, 118-123
5. Boncz, I. et al (2007): Age-group specific gap between treatment cost of and mortality due to breast and colorectal cancer
Journal of Clinical Oncology, 25;28:4501-4502
6. Boross, J. (2005): Egészségmagatartás, Kutatási jelentés
Országos Epidemiológiai Központ, 19-28
7. Boross, J. et al (2002): OLEF Összefoglaló jelentés
Országos Epidemiológiai Központ
8. Bujdosó, L. (2006): Az egészségügyi ellátás igénybevételének néhány jellemzője az Országos Lakossági Egészségfelmérés alapján
Epinfo, 13. évf., 2. szám, 21-34
9. Curbing the Epidemic-Governments and the Economocs of Tobacco Control
World Bank Publication Washington D.C. :World Bank 1999
10. Döbrössy, B. et al (2007): A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai
Orvosi Hetilap 148. évf., 36.szám, 1707-1711
11. Döbrössy, L. et al (2007): Szűrővizsgálatok a tüdőrák korai felismerésére: a klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése
Orvosi Hetilap 148. évf., 34. szám; 1587-1590
12. Gábor, E., Kiss, J. (2006): Az alkoholfogyasztás hazai tendenciái a 80-as évektől napjainkig
Egészségfejlesztés, XLVII. évf., 5.-6.-szám, 42-48
13. Karamánné, P.A.M, Dér, A., Németh, K. (2005): Nők prevenciói lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében Magyarországon
Nővér, 18. (5.) 16-23
14. Kopp M, Berghammer R (2005): Orvosi pszichológia
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
15. Lajtai, L. (2000): Néhány antropológiai szemszögű kiegészítés az Életminőség (Quality of Life) kérdéséhez
Mentálhigiéne és Pszichoszomatika 2 (11), 3-4, 63-65
16. Marian, B., Urbán, R.(2002): A felnőtt lakosság egészségi állapota Magyaror-

- szágon a Marketing Centrum „Életmód 2002.” Kutatása tükrében
Marketing & Menedzsment 2002/5-6.szám Egészségmarketing 32-42.old
17. Matarazzo, J.D.(1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology
American Psychologist, 35, 807-817
18. Ottó, Sz., Kásler, M. (2005): A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása
Magyar Onkológia, 49. évf., 2. szám, 99-107
19. Pálfi, Fné. et al., (2007): Az ápolók mentálhigiénés állapota és a kiegészítő szindrómát
20. Pásztor, K. (2006): Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai
Nővér, 19. évf., 3. szám, 3-9
21. Paulik, E. (2003): Egészségmegőrzéssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos szemléletmódok az egészségügyi felsőoktatásban
Egészségnevelés, 44. szám, 65-69
22. Pikó, B. (2003): Magatartás és orvoslás a XXI. Században. Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége
Magyar Tudomány, 11. szám, 1381
23. Pikó, B. (2004): A dohányzás pszichológiai háttértényezői
Hippocrates, VI. évf., 2. szám, 4039
24. Posgay, M., Varró, M., Lang, Zs. (2006): Felnőttek egészségi állapotának felmérése és annak környezeti tényezőkkel való összefüggésének vizsgálata Komáromban
Magyar Epidemiológia, 3. szám, 179-191
25. Pluhár, Zs., Uzzoli, A., Pikó, B.: Az egészségföldrajz szerepe a pszichoszociális egészség alakulásában
Mentálhigiéne és Pszichoszomatika 7 (2006)4, 311-328
26. Szántó, Zs., Susánszky, É. (2002): Orvosi szociológia
Simmelweis Kiadó. Budapest
27. Szántó, Zs., Susánszky, É., Kopp, M.(2003): Az egészségi állapot és leszokási szándék kapcsolata a különböző életkorú dohányzók körében
LAM, 13. szám, 682-685
28. Újszászy, L. et al (2004): A colorectalis carcinoma szűrésének lehetőségei és nehézségei hazánkban
LAM, 14 (5), 313-20
29. Ware, J.E. (2000): SF-36 Health Survey Update
SPINE, Vol. 25, No. 24, 3130-3139
30. Zaloudeková, D. (2006): Vlastná statistika 2005
NsP Nagykürtös

Health without borders

Pálfiné Dr. Szabó, I., Teknős. M., Dr. Oláh, A., Németh, K., Dr. Betlehem, J.

Aim of the study: To reveal how common attendance at screening examinations is among the Hungarian and Slovakian populations, to determine the respondents' health discipline, health awareness and quality of life, and to compare the selected samples from the Hungarian and Slovakian populations in terms of how they perceive their own state of health.

Methodology and sample: A total of 237 persons participated in the survey, of whom 112 were of Hungarian and 125 of Slovakian nationality. The authors gathered the data using anonymous self-completion questionnaires containing questions about the respondents' own assessment of their state of health, and their conduct with regard to health risks. As a research tool, they used certain elements of the SF-36 and OLEF questionnaires, supplemented with socio-demographic questions.

Results: The survey revealed differences between the Hungarian and the Slovakian samples in terms of their health conduct, their own assessment of their state of health, and their attendance at screenings. The results were more favourable in the case of the Hungarian sample.

A járóbetegeket ellátók táplálkozási szokásai

Felmérés az Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. dolgozói körében

Gánóczy Gabriella

szakdolgozó, főiskolai hallgató, Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht.

Szente Zsuzsa

ápolási igazgató, Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht.

Tóth Andrea

minőségirányítási koordinátor, Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht.

Összefoglaló

A szerzők anonim kérdőíves vizsgálatukat Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. dolgozóinak körében végezték. Választ kerestek arra, hogy a dolgozók testsúlya mennyire felel meg az ideálisnak, milyen élelmiszereket és milyen gyakorisággal fogyasztanak, van-e káros szenvedélyük, illetve milyen rendszerességgel végeznek testmozgást, feltételezve azt, hogy az egészségügyi dolgozók egészségesebb életmódot élnek, mint az u.n. „átlagember”.

120 kérdőívet osztottak ki, melyből 115 érkezett vissza. Az eredményeket értékelve elmondható, hogy az intézményben dolgozók jelentős súlyfelesleggel rendelkeznek, rendszertelenül étkeznek, valamint alacsony azok aránya, akik rendszeresen végeznek valamilyen sporttevékenységet.

Ezek az adatok a hazai lakosság statisztikai adatait tükrözik, tehát sajnos nem igazolódt be az a feltételezés, hogy aki az egészségügyben dolgozik, az jobban ügyel saját egészsége megőrzésére, és az egészséges életmód kialakítására.

Az egészségügyi dolgozók példaként szolgálnak a betegek számára. Nem tudja hitelesen közvetíteni az egészséges életmódról szóló egészségnevelő programot olyan személy, aki túlsúlyos, dohányzik, nem ügyel az egészségére. Az elsők között az egészségügyi dolgozóknak kell változtatniuk rossz szokásaikon.

Bevezetés

Az egészséges táplálkozásról, elhízásról, mozgásszegény életmódról sokat hallunk, olvasunk, betegeinknek tanácsot adunk. De vajon az egészségügyi dolgozók tisztában vannak-e saját táplálkozási szokásaikkal, káros szenvedélyeikkel, mozgásszegény életmódjukkal?

A WHO adatai szerint Európában a hét legfőbb betegségecsoport kialakulásának kockázata közül hat a helytelen étrenddel és a mozgásszegény életmóddal függ össze. Az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód együttesen az el-

hízás és a cukorbetegség kialakulásáért 60%-ban, a mell-, vastagbél-, végbél- és prosztaták keletkezéséért 35%-ban, a szív- és érrendszeri betegségekért mintegy 20%-ban, a mozgásszervi betegségekért 25%-ban tehető felelőssé. Az elmúlt évek hazai statisztikai adatai a szív- és érrendszeri megbetegedésekből eredő halálozások tekintetében kismértékű javulást mutatnak, azonban a daganatos elváltozások növekvő tendenciát tükröznek. (Martos, Balla, 2007)

Az elhízás mind a fejlődő, mind a fejlett országokat érintő világjelenség, amely valamennyi kontinensre kiterjed. Hazánkban a

lakosság egyötöde elhízott, a férfiak 42%-a, a nők nem egészen 30%-a túlsúlyos, és ami egyre aggasztóbb, hogy a 14-18 éves gyermekek közül pedig csaknem minden ötödik (18%) túlsúlyos, illetve elhízott. (Halmi, 2007)

A lakosság jó részére jellemző a nagy energiasűrűségű táplálékok rendszeres fogyasztása, és ehhez rendszerint társul a nem megfelelő energiafelhasználás, azaz a mozgás, a fizikai aktivitás elégtelensége is. (Nagy, 2002)

Az ízletes étel az örömszerzés és a megelégedettség egyik lényeges forrása is. Az élelmiszerek választéka, a rendelkezésre álló nyersanyagok alapvetően meghatározzák, hogy mit fogyasztunk. Ezt egyéb tényezők is befolyásolják, mint pl. családi szokások, különböző népcsoportok hagyományai, a vallási meggyőződések, és nem utolsósorban a családok anyagi lehetőségei. Mindemellett táplálkozásunkat tudatosan tudjuk alakítani, pl. az elkészítés és a tálalás módjával.

A mindennapos bőség közepette szinte áldozataivá válunk a túlzott fogyasztásnak, az egyik végtelből a másikba esünk, pedig célszerű volna megtalálni a bőség adta lehetőségek kapcsán egy egészséges középutat. (Kubányi, 2006) Ezért nekünk egészségügyi dolgozóknak igen fontos feladatunk, hogy odafigyeljünk a tőlünk segítséget kérő emberekre, betegekre, hogy felismerjük a háttérben meghúzódó problémákat, hogy még időben a megfelelő segítséget tudjuk nyújtani számukra.

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja az volt, hogy megtudjuk, dolgozóink testsúlya mennyire felel meg az ideálisnak, milyen élelmiszereket és milyen gyakorisággal fogyasztanak, van-e káros szenvedélyük. Választ kerestünk arra, hogy milyen rendszerességgel végeznek testmozgást, illetve milyen kép alakult ki saját táplálkozási szokásaikról, feltételezve azt, hogy az egészségügyi dolgozók egészségesebb életmódot élnek, mint az átlagember. Célunk továbbá egy egészségnevelő program kidolgozása, mely ér-

dekében vizsgálatunkat bővíteni kívánjuk, több járóbeteg-ellátást végző intézmény bevonásával.

A vizsgálat

A felméréshez anonim kérdőíves módszert alkalmaztunk, leíró statisztikai megközelítésben. 120 db kérdőív került kiosztásra, melyből 115 érkezett vissza.

A nem szerinti megoszlását tekintve 87% nő, 13% férfi. Az életkor szerinti megoszlást vizsgálva megállapítható, hogy munkatársaink 80%-a 30 év és 60 év közötti, a 60 év felettiek aránya 11,3%-os, míg a 30 év alattiak csupán a minta 8,7%-át teszik ki.

Középfokú végzettséggel 62,6%, felsőfokú végzettséggel 34,8% rendelkezik. A középfokú végzettségnél alacsonyabb képesítéssel rendelkezők aránya elenyészően alacsony, mindössze 2,6%.

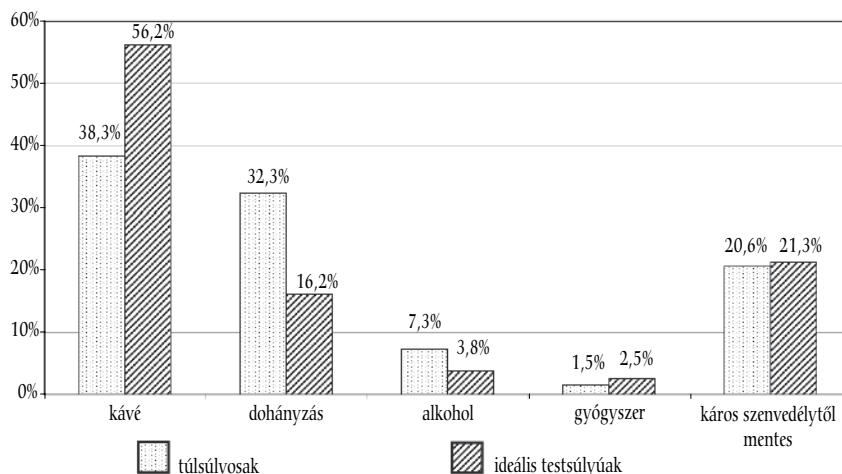
Minden, kérdőívet kitöltő dolgozónk testtömegindexét kiszámoltuk, és meglepő eredményeket kaptunk. Az intézetben dolgozók 41,8%-a túlsúlyos vagy elhízott. Ideális testsúllyal csupán munkatársaink 55,6%-a rendelkezik, míg 2,6%-uk túlzottan sovány. Ez elég ijesztő adat.

Az eredmények ismeretében az értékelést két csoportra osztva folytattuk, az egyik csoportot az ideális súlyúak és a túlzottan soványak, míg a másik csoportot a túlsúlyosak és elhízottak alkották.

Az egészségre káros szokások elemzése során feltűnt, hogy a testsúlyfelesleggel rendelkezők között a dohányozók aránya kétszer annyi, mint az ideális súlyúak között, ez az alkoholfogyasztásról is elmondható. A kávéét inkább a normál súlyúak részesítik előnyben. A káros szenvedélyektől mentes dolgozók aránya csupán 20% körüli. (**1. ábra**)

Nyilvánvaló az összefüggés a testmozgás és a testsúly között. Az ideális testsúlyúak majdnem négyszer annyian sportolnak rendszeresen, mint az elhízottak, akik inkább az alkalmankénti testmozgást részesítik előnyben. Sajnos dolgozóink kb. 10%-a soha semmilyen testmozgást nem végez.

1. ábra: Az ideális testsúlyúak és a túlsúlyosak káros szokásai



Az étkezések gyakoriságát tekintve megállapítottuk, hogy az ideális testsúllyal rendelkezők nagyobb hányada étkezik napjában 3-4 illetve 5x, így betartva a „sokszor keveset” elvet. Ezzel szemben az elhízottak naponta kétszer-háromszor fogyasztanak nagyobb mennyiségű ételt. (2. ábra)

A folyadék- és húsfogyasztásra vonatkozó eredmények nem mutatnak kiugró eltéréseket a két csoport szokásai között. Csupán a folyadékfogyasztás terén mutatkozott némi eltérés a szénsavas üdítők tekintetében, melyet a túlsúlyos csoportba tartozók szívesebben fogyasztanak.

A zöldség- és gyümölcsfogyasztási szokások tekintetében megállapítható, hogy

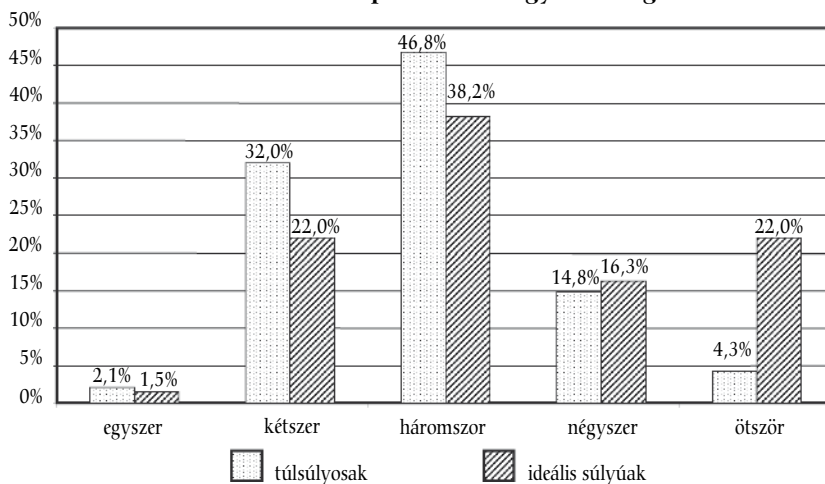
nem csak az ideális súlyúak, hanem a túlsúlyosak nagyobb hányada is rendszeresen fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt.

Az édességfogyasztási szokások terén sem mutatkozott nagy eltérés.

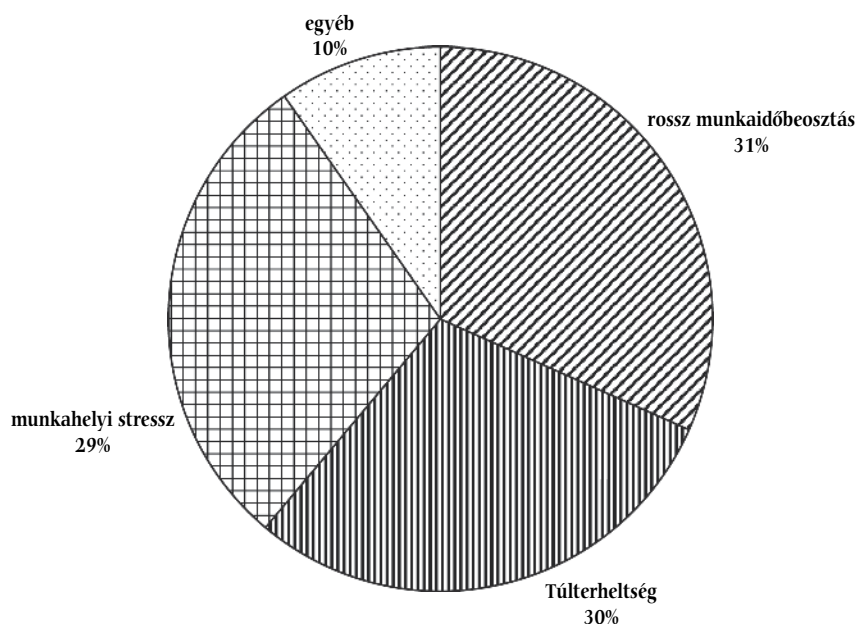
Kíváncsiak voltunk arra is, hogy ki mennyire hajlamos az esti órákban nagyobb mennyiségű ételt fogyasztani. Mindkét csoport esetében hasonló eredmények születtek, ami azt jelenti, hogy a megkérdezettek kb. 20%-a a vacsora alkalmával rendszeresen túlzásokba esik.

Szerettük volna megtudni dolgozóink véleményét a táplálkozási szokásokat befolyásoló tényezők tekintetében. A rossz szokások kialakulásáért dolgozóink egyformán

2. ábra: A napi étkezések gyakorisága



3. ábra: A táplálkozási szokásokat befolyásoló tényezők a megkérdezettek szerint



felelősnek tartják a rossz munkaidő-beosztást, a munkahelyi stresszt és a túlterheltséget is. (3. ábra)

Utolsó kérdésünk így hangzott: Ön hitelesnek érezné magát egy egészséges táplálkozási népszerűsítő egészségnevelő programban? Meglepő válaszok születtek. Az ideális súlyúak 50%-a, míg a túlsúlyal rendelkező dolgozók 41%-a gondolja úgy, hogy egészségesen táplálkozik, és hitelesnek érezné magát egy egészségnevelő programban.

Összegzés

Az intézményünkben dolgozók jelentős mértékben rendelkeznek súlyfelesleggel, rendszertelenül étkeznek, valamint kevés azoknak a száma, akik rendszeresen végeznek valamilyen sporttevékenységet. Az étkezési szokásokat tekintve a folyadékfogyasztásra, hús-, zöldség- és édességfogyasztásra vonatkozó eredmények nem mutatnak jelentős eltéréseket a két csoport szokásai között. Feltételezhetjük, hogy ennél a kérdéscsoportnál vagy a kérdések nem voltak egyértelműek, vagy a válaszok nem voltak őszinték.

Ezek az adatok a hazai lakosság statisztikai adatait tükrözik, tehát sajnos nem igazolódott be az a feltételezés, hogy aki az egészségügyben dolgozik, az jobban ügyel saját egészsége megőrzésére, és az egészséges életmód kialakítására.

Vizsgálatunkat tájékozódó jellegűnek tekintjük, mely egy következő felmérés, illetve egészségnevelő program kidolgozásának alapja lehet intézményünkben.

Nekünk, egészségügyi dolgozóknak van még mit tennünk saját egészségünk érdekében. Hogy hitelesek legyünk a betegeink előtt, változtatnunk kell életmódunkon, hiszen nem beszélhet hatásosan az egészséges táplálkozásról, egészséges életmódról olyan személy, aki túlsúlyos, dohányzik, nem ügyel az egészségére.

Példát kell mutatnunk betegeinknek és azoknak az embereknek, akikhez szólni szeretnénk egészségnevelő programjainkkal, hogy lássák, miként lehet egészségesen kiegyensúlyozottan, boldogan élni. Helytelen egészségmagatartással nem tudjuk kivívni az emberek érdeklődését, és nem tudjuk felkelteni az egészséges életmód iránti vágyat és igényt, mivel mi magunk sem úgy élünk. Először nekünk, egészségügyi dolgozóknak kell változtatnunk rossz szokásainkon

ahhoz, hogy követendő és hiteles példává tudjunk válni embertársaink számára. Ez

munkánk eredményességének egyik alapvető feltétele.

Irodalomjegyzék

1. Antal, E. (2000.): Piramis, szivárvány, házikó. Hogyan értelmezzük a különböző országok táplálkozási ajánlásait? Új Diéta, 1, 17. o.
2. Halmy, L.(2007): Az elhízás világjelenség. Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing, 4, 1, 13. o.
3. Kubányi, J. (2006): A táplálkozás pszichológiája
Családvorosi Fórum, 3, 35-37. o.
4. Martos, É., Balla Cs. (2007): A Táplálkozástudomány Iskolája
www.efira1.antsz.hu/oeti/hirek/tap-tudisk/sajtoanyag.pdf
5. Nagy, A. (2002): Az élelmiszer-biztonság szerepe a népegészségügyi programban. Magyar Tudomány, 9, 1161 o.

The nutritional habits of outpatient nurses

– A survey of the employees of Óbuda-Békásmegyér [Healthcare Services] Kht.

Gánóczy, G., Szente, Zs., Tóth, A.

The authors conducted an anonymous questionnaire-based survey of the workers at Óbuda-Békásmegyér [Health Services] Kht. They sought to determine the extent to which employees' bodyweights corresponded to the ideal, what foods they consumed and at what intervals, whether they had any harmful addictions, and the regularity with which they exercised, in order to test the assumption that healthcare workers live a healthier lifestyle than the "average person".

120 questionnaires were issued, of which 115 were returned. An evaluation of the results revealed that on average the employees at the institution have considerable excess weight and eat irregularly, while the ratio of those who participate in some kind of sporting activity is low.

These data reflect the statistics for the general population in Hungary. Therefore, unfortunately, the assumption that healthcare workers take greater care to protect their own health and engage in a healthy lifestyle was not borne out by the survey.

Health workers need to set an example to their patients. A person who is overweight, smokes and pays no attention to their health is incapable of credibly communicating the messages of a health awareness program aimed at promoting a healthy lifestyle. Healthcare workers should be among the first to change their bad habits.

A NŐVÉR című folyóirat kiadója és szerkesztősége sajnálatát fejezi ki, hogy technikai problémák miatt ez a lapszám a megszokotthoz képest megkésve kerül az Olvasókhoz,
és ezért egyúttal szíves elnézésüket kérjük.

Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa Veszprém, 2009. július 9-11.

A kongresszus mottója:

LÁNGOT ADOK ÁT, ÁPOLD, S ADD TOVÁBB!

Szervezők: Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.,
MESZK Veszprém Megyei Szervezete

Helyszín: Pannon Egyetem
8200 Veszprém, Egyetem u. 10.

A Kongresszus célja:

- visszatekintés az elmúlt 40 év országos rendezvényeire,
- az ellátás iránti igények, a szakmai irányelvek és ezek gyakorlati megvalósításának értékelése,
- a különböző ellátási szintek tevékenységének bemutatása, tapasztalatcsere, együttgondolkodás,
- a társadalom egészségmegőrzése érdekében nyújtott szakmai tevékenységek bemutatása,
- saját egészségünk védelme,
- a szakmai ismeretek szinten tartása, bővítése, a tudományos tevékenység fejlesztése, a szakdolgozók összefogásának erősítése.

A Kongresszus témakörei:

1. A reformok hatása a betegekre és az ellátókra
2. Korszerű diagnosztikus és terápiás lehetőségek, módszerek
3. Az egészségügyi szakdolgozók szerepe a prevencióban
4. Az egészségügyi dolgozók egészsége és annak védelme
5. Fenti témakörökhöz kapcsolódó poszter bemutató

Részletes információk: www.vmkorhaz.hu/XLkongresszus, www.meszk.hu,
www.egeszsegtudomany.hu oldalakon tekinthető meg.

A részvétellel és szálláslehetőséggel kapcsolatos részletes információkat a **jelentkezési és szállásigénylő lap** tartalmazza, melyek letölthetők a www.vmkorhaz.hu/XLkongresszus, www.meszk.hu oldalokról.

A Kongresszussal kapcsolatos határidők:

Az absztrakt elektronikus feltöltése és továbbítása:	2009. márc. 02.
A belegeyző nyilatkozat postai úton megküldése:	2009. márc. 02.
Az absztraktok értékeléséről e-mail-en visszajelzés:	2009. április 06.
A jelentkezési lapok, szállásigények megküldése:	2009. április 15.
Befizetési határidő:	2009. május 15.

**A jubileumi rendezvény sikeréhez a szervezők várják az érdeklődést,
az aktív részvételt, színvonalas előadásokat és posztereket!**

Gyógy-szerek?!

Házipatika használata Medgyesegyházán

Hürkeczné Fűri Szilvia

Tessedik Sámuel Főiskola, gyulai székhelyű Egészségügyi Fakultás, Diplomás Ápoló Szak, Levelező Tagozat, IV. évfolyamos hallgató

Összefoglaló

A szerző a házipatikáról, a gyógyszerekkel kapcsolatos ismeretekről gyűjtött adatokat, valamint vizsgálta azt is, hogy az egészségügyi és szociális területen dolgozó szakemberek ismeretei miben térnek el az átlagemberektől.

A zárt és nyitott kérdéseket tartalmazó, önkitöltős, anonim kérdőívet véletlenszerű mintaválasztással 180 fő kapta, tőlük 108 értékelhető válasz érkezett. Az egészségügyi és szociális területen dolgozók kérdőíve kiegészítő kérdéseket is tartalmazott.

A szerző arra a következtetésre jutott, hogy a vizsgált településen egyre többen választják az öngyógyítást, orvoshoz fordulás helyett. Megállapította, hogy a betegek gyógyszereiket nem mindig az orvosi utasítás szerint szedik, és a gyógyszerekkel kapcsolatos ismereteik hiányosak.

Bevezetés

Medgyesegyháza 4200 lelkes nagyközség Békés megye déli részén. A település lakóinak egészségkultúrája igen változatos képet mutat az egészségmegőrzés iránti igényesség, a már kialakult betegségek kezelése, gondozása tekintetében. A falu egyetlen patikájának gyógyszerésze is megerősíti ezt, aki több évtizede praktizál. Megítélése szerint az elmúlt 10 évben mindkét vonatkozásban határozott fejlődés volt tapasztalható, de sajnos az utóbbi 1-2 évben ez a folyamat megtörni látszik, főként az egészségügyi ellátó hálózat kedvezőtlen átalakulása, valamint a lakosság egyre rosszabb anyagi és szociális helyzete miatt.

Településemen és a szomszédos kisközségben közel egy évtizeden keresztül dolgoztam házi orvosok mellett asszisztensként, körzeti nővérként, így sok mindent tapasztaltam a gyógyszerekkel, gyógyszereléssel, öngyógyszereléssel kapcsolatban. Többek között láttam, nem mindenki volt tisztában azzal, hogy a házi készletében megtalálható gyógyszerek konkrétan mire is hatnak, vagy hogy a készítményeknek van szavatossági idejük is. Munkám során nem egyszer kellett felhívni a figyelmet például arra, hogy kúpokat, kenőcsöket ne a konyhaszekrény fiókjában, hanem a hűtőszekrényben tároljanak.

Jelenleg a helyi szociális otthonban dolgozom, mint főnővér, ahol az idős emberek gyógy-

szerezése napi feladat. Lakóink körében is szóba kerülnek a vény nélkül kapható gyógyszerek, természetes készítmények, de szerencsére kellő felvilágosítást kapnak mind az orvosoktól, mind a patikusoktól és természetesen tőlünk is. Ezen felvetéseken elgondolkodva döntöttem úgy, hogy megvizsgálom a lakóhelyemen élők házipatika használati szokásait.

Magyarországon az egészségügy az egyik legnagyobb létszámmal dolgozó szolgáltatás, amelyben az összes munkavállalónak kb. 5%-a dolgozik. „Az egészségügyi dolgozók hivatásuk gyakorlása közben modellként jelennek meg a betegek előtt, így viselkedésük, egészségükhöz való viszonyuk példaértékű lehet, az egészségügyi ismereteik szintje azonban nem feltétlenül pozitívan befolyásolja az egészségmagatartásukat.” (Borjádi, Juhász, 2003)

Pontosan az ápolói munkából, munkánkban adódóan is érzek felelősséget a helytelen gyógyszereszedési szokások megváltoztatásáért. Kutatásomban ezért is vizsgáltam meg külön néhány kérdés erejéig a szociális és egészségügyi szférában dolgozók véleményét e témakörben.

A vizsgálat célja

Kutatásom célja információt gyűjteni a házipatikáról, a gyógyszerekkel kapcsolatos ismeretekről. Továbbá vizsgáltam, hogy az

egészségügyi és szociális területen dolgozók másképp látják-e ezeket a dolgokat, mint az átlagemberek.

Vizsgálati módszer és minta

A kérdőíves vizsgálatot lakóhelyemen, Medgyesegyházán végeztem. 180 főt vontam be, véletlenszerű kiválasztással, személyes úton.

Önkitöltős, anonim kérdőívet használtam, amely néhány szociodemográfiai vonatkozású információon túl 20 zárt és nyitott kérdést tartalmazott. Az egészségügyi és a szociális területen dolgozókhoz további 7 kérdést intéztem.

A kiosztott kérdőívekből 108 darab jutott vissza hozzám, melyből mindegyik értékelhető volt.

Az adatok feldolgozása a leíró statisztika módszerével történt. Az elemzés többnyire egyváltozós volt, bizonyos kérdéseknél kétváltozós, összehasonlító elemzést alkalmaztam.

Eredmények, megbeszélés

A véletlenszerűen választott mintában a nemek arányát tekintve a nők voltak többségben (N=83), a férfi válaszadók száma 25 fő volt. A kérdőív kitöltésére leginkább a 25- 45 év közötti korosztály volt motivált, több mint 60 százaléka az összes válaszadónak. A 45 év felettiek kevésbé mutattak érdeklődést. A válaszadók közel 80 százaléka középfokú végzettséggel rendelkezik. A nyolc osztállyal vagy kevesebbel rendelkezők mindegyike az 55 év feletti válaszadók közül került ki. A vizsgálatban résztvevők zöme családi állása szerint párkapcsolatban él és gyermeket nevel.

A válaszadók többsége fontosnak tartja, hogy a háztartásokban legyen házipatika (66 fő). Ez azt jelzi, hogy az emberek döntő többsége az élet mindennapos dolgai között természetesnek és szükségszerűnek érzi, hogy otthonában legyenek gyógyszerek.

Szinte ugyanannyian gondolták azt, hogy rendelkeznek is a szükséges információkkal a házipatikára vonatkozóan

Az összes válaszadó 82%-a tart otthon házipatikát. Ez az arány magasabb, mint a háztartásokban a házipatika szükségességére vonatkozó válaszok aránya. Felmerülhet az a kérdés, hogy aki nem tartja fontosnak a házipatikát, annak csak úgy van otthon, mint bármi egyéb.

A válaszadók 60%-a állítja azt, hogy ismeri a gyógyszereket tárolására vonatkozó szabályokat, azonban a konkrét tárolási módokra adott válasz sokszínű képet mutat, pl. doboz, hűtő, fiók, reklámtáska.

Tíznel több gyógyszert tart otthon a válaszadók fele. Az összes megkérdezett leginkább fájdalom-, lázcsillapítókat, megfázás elleni gyógyszereket tart otthon.

Mindössze 11% válaszolta azt, hogy van felesleges dolog is a házipatikájában, többnyire egy-két évvel ezelőtt felírt orvosságokat, megmaradt pirulákat őriznek.

Mások arról számoltak be, hogy például megfázásra többféle szopogató tablettát, torokfertőtlenítőt, orrcseppet, orrsprayt tartanak, de ugyanígy tettek a lázcsillapító készítményekkel is, melyekből három-négyféle is előfordul otthonukban.

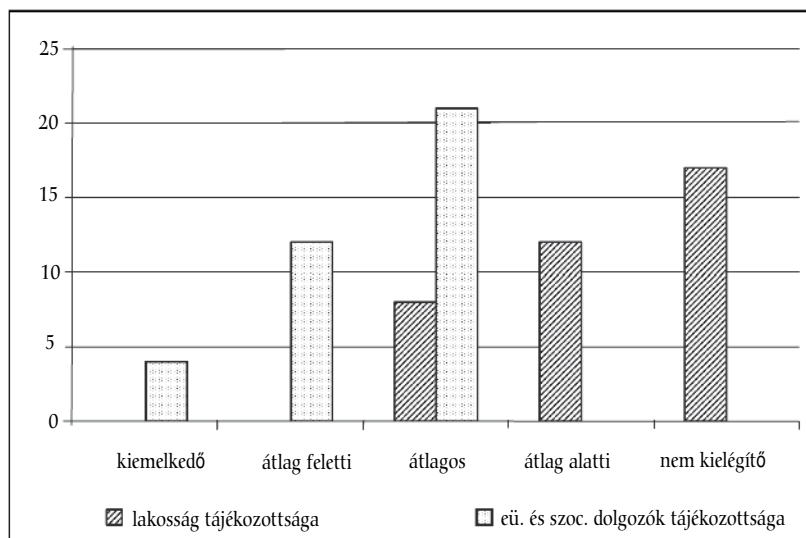
Elgondolkodtató, hogy a 108 válaszadó közül 9 fő egyáltalán nem szedi be az orvos által felírt gyógyszert, 25-en csak 1-2 napig követik az orvos utasításait, 3 fő pedig csak véletlenszerűen veszi be a kiváltott pirulákat. (Ennek okát nem kutatta e vizsgálat, pedig izgalmasnak tűnik a téma.)

Az öngyógyszerelésre vonatkozó válaszból kiderült, hogy a legtöbben (71 fő) 5-7 napig kísérleteznek, és ha nem javul az állapotuk, akkor orvoshoz fordulnak.

A válaszadók több mint kétharmada (83 fő) mindig elolvassa a betegájékoztatót, de 3 fő írta, hogy soha nem szánna időt ilyesmire, és további 22-en csak néha veszik a fáradtságot a leíratok tanulmányozására. Ennél a csoportnál pusztán remélni tudom, hogy a már ismert gyógyszerek esetében mulasztanak.

A válaszadóknak alig több mint fele, 59 fő van tisztában azzal, hogy a gyógyszereknek is, mint az élelmiszereknek, van szavatossági idejük. Az „Előfordul, hogy lejárt szavatosságú gyógyszert vesz be?” kérdésre azonban a válaszadók 71 százaléka (77 fő) írta azt, hogy nem vesz be lejárt szavatosságú gyógyszert. Ez ellentmond az előző adatnak, mely

1. ábra: Az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozók véleményének megoszlása a házipatikára vonatkozó tájékozottságáról (n=37)



szerint 45 százalékban nem is tudják, hogy az orvosságoknak is van lejárati idejük.

A válaszadók 53%-a szokott olyan gyógyszert bevenni, amelyet nem az orvosa rendelt el, és megközelítőleg egyharmaduk ad másoknak gyógyszert saját házipatikájából.

A kérdőív kitöltése során 37 fő egészségügyi és szociális intézményi dolgozó vállalkozott arra, hogy további, intenzitásos skála formájában feltett kérdésekre is válaszoljon.

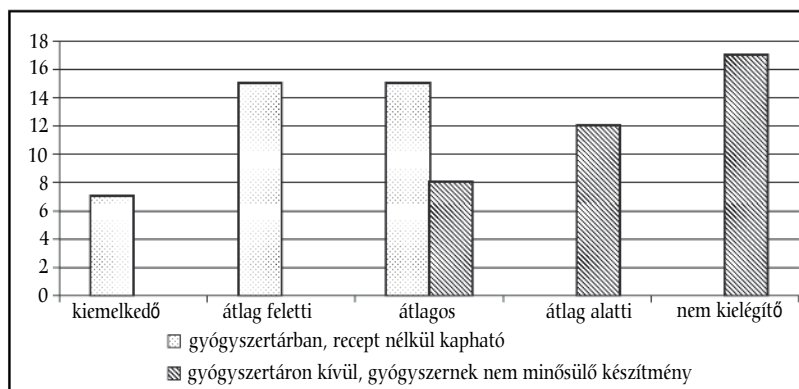
A „szakmabeliek” véleménye szerint a lakosság tájékozatlan a házipatikát illetően, döntő többségben átlag alattinak, illetve még annál is rosszabbnak minősítik azt. Szinte teljesen ellentétes válaszok születtek akkor, amikor sa-

ját magukat kellett ugyanezen skála mentén megmérniük a válaszadóknak. (1. ábra)

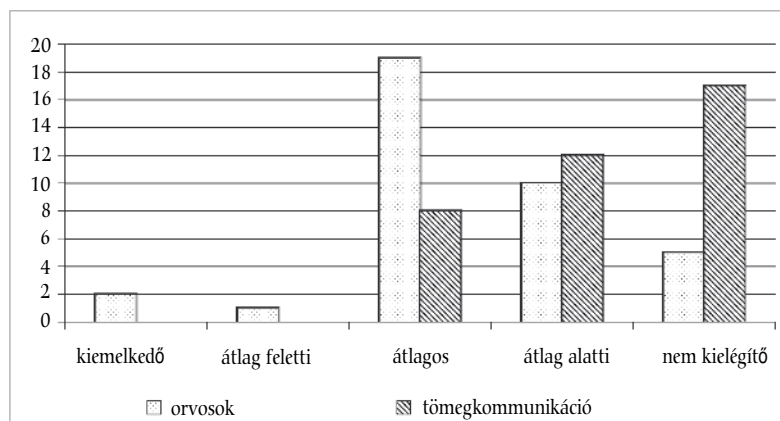
Lakóhelyükön a gyógyszertárban recept nélkül kapható készítmények kínálatát átlagosnak, vagy afelettinek minősítették, a gyógyszertáron kívüli helyeken árult, gyógyszernek nem minősülő készítmények kínálatát kérdésre adott válaszok pedig ezzel szinte ellentétesek. (2. ábra)

Az orvosok házipatikával kapcsolatos felvilágosító munkáját 50% átlagosnak véli, de magas az átlag alatti minősítés aránya, és kevesen válaszolták azt, hogy átlag feletti. A médiumok felvilágosító tevékenységét illetően igen nagy arányban született negatív válasz. (3. ábra)

2. ábra: Az egészségügyben és szociális ellátásban dolgozók véleményének megoszlása egyes készítmények kínálatáról (n=37)



3. ábra: Az egészségügyben és szociális ellátásban dolgozók véleményének megoszlása a házipatikára vonatkozó felvilágosító munkáról (n=37)



Következtetés

A lakosság gyógyszerfogyasztási szokása, valamint a házipatikával kapcsolatos ismerete a tudatosan tervezett egészségfejlesztő tevékenységnek egyik fontos színtere lehet. Ennek központi eleme az otthonokban is megforduló ápoló tanácsadói tevékenysége. Jó orvosi, gyógyszerészeti tájékoztatással, az egészségügyi és szociális területen dolgozók prevenció munkájával összehangolva e téren is elérhető a pozitív változás.

Irodalomjegyzék

- Borjádi, Gy., Juhász, P. (2003): Marketing-pírula recept nélkül. Galenus Kiadó, Budapest.
- Gáti, J. (2004): A gyógyszerárcsökkentés mellékhatásai. HVG 20, 14, 17-19.
- Dr. Simon Kis, G. (1997): A gyógyszeres terápia reneszánsza II. Az öngyógyszerelés és az öngyógyítás, mint a gyógyszeres terápia dinamikusan fejlődő területe. Gyógyszerészet, 41. 235-237.
- Fábián, L., Vincze, Z., Nikolics, K. (1997): Gondolatok az öngyógyításról. Gyógyszerészet, 11, 683-685.
- Jobber, D. (2002): Európai marketing. KJK KERSZÖV, Budapest. (1)
- Karsai, Á.- Pikó, B. (1996): Az öngyógyítás, öngyógyszerelés előfordulása középiskolások körében. Gyógyszerészet, 4, 253-256.
- Soós, Gy. (1999): Klinikai gyógyszerészet. SOTE Képzési, kutatástechnológiai és Dokumentációs Központ, Budapest.
- Szabóné Dr. Streit, M. (1999): Gyógyszermarketing. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 43-47.
- Szelesné Kupi, V. (1993): Recept-drogok a kisgyermekes családokban. Egészségnevelés, 5.

Internetes weboldalak

- <http://www.Házipatika-Wikipédia>.
A házipatika összetétele.
<http://www.vital.hu>
<http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2000/200006/0006TEXT.htm#1> (2)
http://elib.kkf.hu/edip/D_10642.pdf (3)

Popping pills?! Self-medication in Medgyesegyháza

Hürkeczné Fűri, Sz.

The author collected data regarding "home pharmacies", and medicine-related awareness, and also examined the extent to which the pharmaceutical knowledge of healthcare professionals and social workers differed from those of the average person.

The anonymous, self-completion questionnaire, containing a combination of closed and open questions, was sent to a randomly selected sample of 180 persons, of which 108 returned a questionnaire that was suitable for evaluation. The questionnaire for healthcare professionals and social workers included a number of extra supplementary questions.

The author concluded that, in the population centre surveyed, an growing number of people are choosing to treat themselves, rather than visiting their doctor. The study revealed that patients do not always take their medicines as instructed by the doctor, and there are gaps in their knowledge of medicines.

Gratulálunk!

2009. március 15-e, nemzeti ünnepünk alkalmából az egészségügyi államtitkár állami kitüntetésekkel adta át.

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

A szülésznőképzés területén végzett kimagasló munkájáért **Csetneki Julianna**, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Ápolás-vezetés kari vezető főnövére

Több mint négy évtizedes anya- és csecsemővédelmi, egészségmegőrző védőnői tevékenysége elismeréseként **Dr. Légrády Péterné**, a Budapest, XIII. kerületi Egészségügyi Szolgálat vezető védőnője

A Magyar Köztársaság Bronz Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:

Az egészségügy területén több mint harminc éve végzett példamutató munkája elismeréseként **Dr. Papné Szűcs Erzsébet**, a Budapest XXI. kerületi Egészségügyi Szolgálat vezető asszisztense

Kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként Batthyány-Strattmann László díjban részesült:

Vágány Tamásné, a Nagykőrös Város Önkormányzat Rehabilitációs Szakkórháza és Rendelőintézete ápolási igazgatója

Pro Sanitate elismerésben részesült kiemelkedő szakmai tevékenységéért:

Dr. Bálint Sándorné, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Budapest, XI-XXII. Kerületi Intézete közegészségügyi-járványügyi felügyelője

Gyuris Berta Klára, Hollóháza Község Önkormányzatának védőnője

Kanizsay Zoltán, az Országos Mentőszolgálat Vámosmikolai Mentőállomás mentőgépkocsi-vezetője.

Kara Imréné, a Budapest, XV. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Intézményének asszisztense

Kardos Károlyné, az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet főnövére

Lovász Margit, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Posttraumás Rehabilitációs Osztály osztályvezető főnövére

Sallai Irén, Bököny Község Önkormányzatának körzeti védőnője

Tehel Krisztián, az Országos Mentőszolgálat Közép-dunántúli Regionális Mentőszervezet, Tüskevár Mentőállomás mentőgépkocsi-vezetője

Zánk Magdolna, a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Ápolási Igazgatóság csoportvezető gyógytornásza

Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységéért, életmű elismerésként:

Dévai Miklósné, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Szerencsi, Bodroghközi, Sárospataki, Sátoraljaújhegyi, Tokaji Kistérségi Intézetének vezető védőnője

Dr. Hermann Károlyné, az ózdi Almási Balogh Pál Kórház ápolási igazgatója

Jávor Erzsébet, a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Ápolási Igazgatósága ápolási igazgató-helyettese

Kerezi Szabó József, a Fővárosi Önkormányzat Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház és Gyógyfürdő gyógytornásza

Kutasy Endre, az Országos Mentőszolgálat Közép-magyarországi Regionális Mentő-szervezetének vezető mentőtisztje

Egészségügyi Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenységéért:

Dr. Boda Péterné, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Központi Klinikai Diagnosztikai Laboratóriumának szakasszisztense

Fekete Erzsébet, az Országos Frédéric Joliot-Curie Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet szakasszisztense

Dr. Péró Csabáné, a nagykanizsai Kanizsai Dorottya Kórház Újszülött, Csecsemő- és Gyermeosztályának nyugalmazott csecsemő- és gyermekápolója

Szabó Lászlóné, a Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Központi Laboratóriumi Osztályának osztályvezető asszisztense

Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájáért:

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jóna András Oktató Kórház Gyermeosztályának kollektívája:

Dr. Marián Erzsébet, Bakos Tímea, Nagyné Szirota Zsuzsanna, Kocsis Zsuzsanna, Nagyné Hrabóczki Margit

A Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Központi Műtő kollektívája:

Balasi Tiborné, Bakos Gizella, Kura Sándorné, Litzinger Anna, Zsikla Sándor

Az „Etika az ápolásban” című továbbképzés szakmai, szervezeti és egyéb tapasztalatai

Raskovicsné Csernus Mariann

MESZK Etikai Kollégium tagja, osztályvezető főnővér, BMKT Pándy Kámán Kórház, Általános Sebészet

Az ápolás morális aspektusai integráns részét képezik a betegellátásnak. Az ápolási etika szorosan összefügg az ápolás történeti fejlődésével, az ápolás alapjául szolgáló elméleti fogalmakkal, az ápolók tevékenységével és helyzetével, valamint a társadalmi környezettel, amelyben az ápolók ellátják feladataikat. Ugyanakkor az is tény, hogy a személyes meggyőződés is befolyásolhatja, hogy milyen értéket tulajdonítunk a különböző nézőpontoknak. Ezek a nézőpontok általában nem zárják ki, és nem feltételezik egymást, hanem egyidejűleg érvényesek.

Konkrét erkölcsi kérdések tekintetében általában nincsenek „kész válaszok”. Az erkölcsi megítélés általános sajátossága, hogy - köznapi értelemben — jórészt attól függ, honnan nézzük a dolgokat...

Többek között ezért (is) van arra szükség, hogy a közösségnek legyenek közösen kialakított és kihirdetett erkölcsi normái, amelyek támogatják az érintetteket abban, „hogyan cselekedjenek, hogy jót tegyenek”.

„A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara által kiadott Etikai Kódex szavai mintaként szolgálnak a tisztesség elvárható mértékére nézve, és lehetővé teszi a szakma számára, hogy eljárjon mindazokkal szemben, akikkel szemben felmerül az etikai norma megsértésének gyanúja.” (A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzata)

A minőségi és mennyiségi létszámhiány, az egészségügyi szakdolgozók alulfizetettsége, az ebből adódó megélhetési nehézségek, ugyanakkor a szakmai követelmények megnövekedése, a betegjogok megerősödése mind-mind erkölcsi próbatétel elé is állítják napjaink ápolóit.

Ezt felismerve a MESZK Etikai Kollégiuma az egészségügyi szakdolgozók részére etikai témájú továbbképzést kezdeményezett, majd

a program kidolgozása után meg is szervezte azt. Ez a továbbképzés lehetőséget teremtett nemcsak az etikai alapfogalmak, irányelvek felelevenítésére, hanem alkalmat adott arra is, hogy az aktuálisan felmerülő, kimondott, vagy eddig ki nem mondott morális kérdések megvitatásra kerüljenek. Ezzel a résztvevők személyes meggyőződésének megerősítésre is sor került.

A 40 pontot érő továbbképzés 2008. november 15 és 29-e között került megrendezésre a MESZK Országos Szervezet helyiségeiben.

A továbbképzés programjának összeállításakor azon irányelv vezérelte a szervezőket, hogy történjen meg az ápolással kapcsolatos erkölcsi kérdések minél szélesebb körű áttekintése. Az etika, valamint a hozzá szorosan kapcsolódó területek (jog, vallás) általános áttekintése mellett kiemelt témák is átvilágításra kerültek (pl. az élet tiszteletének kérdései, az ápoló és a társadalom kapcsolata, egyes egészségügyi területek ápolásetikai vonatkozásai, a tudományos közlés etikai szabályai). Nagy hangsúly került az egészségügyi team tagjai közötti kommunikációra, valamint a morális problémák, dilemmák felismerésére, a legmegfelelőbb döntés meghozatalának folyamatára, melyet az elméleti és a gyakorlati órák (24 óra elmélet és 16 óra gyakorlat) eloszlása szintén kiemelt.

A délelőtti előadások igen feszített tempóban követték egymást. Az elméleti előadások naponként egy-egy téma köré csoportosultak. A sorrend összeállításában egy bevezető, átfogó előadást követték a részletező előadások. Az egyes napok témaköreit gyakorlati jellegű, interaktív előadások során összegezték a hallgatók, melyek módot teremtettek a megszerzett ismeretek alkalmazására, és a tapasztalatcserére is.

A továbbképzés zárása szituációs gyakorlatokkal történt, mely csoportmunka eredményeként történő esetbemutatással, erkölcsi dilemmák megfogalmazásával, megvitatásával valósult meg. A csoportok munkája során a tagok kifejtették véleményüket, aktívan részt vettek a véleményalkotásban. Végeredményként mindenki megfelelt a megadott követelményeknek.

A továbbképzés utolsó napján a résztvevők között elégedettségi kérdőív került kiosztásra. A továbbiakban a kérdésekre adott válaszok alapján röviden összefoglalom a tapasztalatokat:

A résztvevők fele szakápolóként, 46%-a vezető beosztásban dolgozik a fekvő-, illetve a járóbeteg ellátásban. Minden résztvevő tagja a MESZK-nek, s 54%-ban tisztséget is töltenek be a szervezetben (elsődleges célcsoport: az Országos Etikai Bizottság tagjai, tagozatvezetők, elnöki, alelnöki tisztségviselők).

A kérdőívre válaszolók a megadott rangsorkálán kiválóan értékelték a továbbképzés tartalmát és az előadókat. Az elméleti előadásokat 96%-ban kiválóan, 4%-ban jónak, a gyakorlati előadásokat pedig 92%-ban kiválóan és 8 %-ban jónak ítélték meg.

Véleményeiket kifejtve az elméleti előadásokat rendszerezőnek, informatívnak, ugyanakkor elgondolkodtatónak, lélekemelőnek jellemezték.

A gyakorlati előadások tapasztalatait hasznosíthatónak találták a mindennapi munkában (pl. a kommunikációban, az ápoló-ápoló, az ápoló-beteg, valamint az ápoló-hozzátartozó kapcsolatban, stb.), az etikai bizottsági tevékenységek során, sőt a magánéletben is.

A résztvevők kifejezték határozott igényüket és szándékukat hasonló témájú továbbképzésen való részvételre, és a tapasztaltak alapján mindenki ajánlana a továbbképzést másoknak is. Javaslatokat tettek a továbbképzés megyei, helyi szinten való megrendezésére, minél szélesebb körben történő bemutatására, valamint egyes kiemelt témákban ún. „beszélgető” klubok működésére, melyben tapasztalatcserére, morális problémák felvetésére, és megoldási lehetőségeinek a megbeszélésére is sor kerülhet.

Összefoglalva:

Az ország különböző részéről érkező résztvevők egybehangzó véleménye alapján kitűnt, hogy igen jelentős igény van a bioetikai ismeretek felelevenítésére, mellyel megerősítésre kerülnek az egészségügyi szakdolgozók helyes morális értékei, nézetei. Az ápolói csoport (közösség) összetartást növeli az egyéni erkölcsi értékrendek találkozása.

A kollégák e továbbképzéssel kapcsolatosan kinyilvánított érzéseit, személyes élményét nagyon hatásosan szemlélteti az egyik kérdőívből kiemelt következő vélemény: „Összekapcsolódott számomra a kultúra, a hit, a szakma, azaz a kerek egész! Minden ápolásvezetőt, főnövért elküldenék! Gratulálok és köszönöm a lehetőséget! De ezt a programot az orvosi továbbképzésekben is szívesen látnám! Olyan szerencsés előadó és témaválasztás volt, hogy minden alkalommal, mindenkitől kaptam ill. adott valami „pluszt” amit hazavihettem. Mint a jó bor! Íz, illat, aroma, élvezet együtt. Karácsonyi ajándéknak tekintem a részvételt!”

The professional, organisational and other aspects of the „Ethics in Nursing” training course
Raskovicsné Csernus, M.

The moral aspects of nursing are an integral part of patient care. Nursing ethics is closely intertwined with the historical development of nursing, the theoretical concepts serving as the basis for nursing, the duties and status of nurses, and the social environment in which nurses perform their work.

In respect of moral questions there are usually no “ready answers”. This is just one of the reasons why every community, including the nursing community, needs a set of jointly established and proclaimed ethical standards, to assist those involved in “doing the right thing”.

The qualitative and quantitative staffing shortages, the underpaid status of healthcare professionals, and the resulting subsistence problems, coupled with increasingly tough professional standards and the enforcement of patient rights, all present today’s nurses with a new set of moral challenges.

In recognition of this, MESZK’s Board of Ethics launched a further training course in ethics for nursing professionals, creating an opportunity for participants to not only refresh their knowledge of the basic concepts and guidelines, but also to engage in a debate regarding the spoken and unspoken moral issues of today.

A betegek önrendelkezési joga – nemzetközi elvárások és a magyar szabályozás

Kujalek Éva,
minőségügyi megbízott

Budapest Főváros XXIII. kerület Soroksár Önkormányzatának Egészségügyi és Szociális Intézménye

Összefoglaló

A szerző áttekintést ad a betegek önrendelkezési jogának biztosítására vonatkozó nemzetközi egyezményekről, és ismerteti a vonatkozó magyar szabályozást. Felhívja a figyelmet a betegjogok e típusánál lehetséges ütközési pontokra, alapul véve az Alkotmánybírósághoz, illetve az állampolgári jogok biztosához érkezett panaszokat. Ismerteti az önrendelkezési joggal kapcsolatos korábbi, az Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület által készített felmérés eredményeit. Rövid tájékoztatást ad az Európai Unióban közeljövőben várható, betegjogokra vonatkozó változásokról.

1. Bevezetés

Az alapjogok kezdeti megjelenése a XIII. századra tehető, de tételes joggá válásuk a XVIII. század második felében indult el alkotmányba foglalásukkal. Az 1791. évi francia alkotmányban kerültek megfogalmazásra elsőként, majd ezt követően más nemzetek alkotmányjaiban is megjelentek, és azóta folyamatosan bővülnek.

A betegjogok az alapjogok harmadik generációjához tartoznak, kialakulásuk a XX. század második felére tehető. (Sári, 2006) Világszerte, de különösen Európában az 1970-es évektől kezdődően került ez a kérdéskör az érdeklődés középpontjába. Ekkoriban merült fel határozott igényként az alapvető emberi jogok érvényesülésének biztosítása az egészségügyi ellátás során, segítő eszközként jogi garanciák megfogalmazásával. Ezt az indokolta, hogy a gyógyítás története során erre az időre tehető a betegek orvosi esetté válása, ami az önálló személyiség elvesztésével járt együtt. (Kőszegfalvi, 1999)

A betegjogok közvetlen előzményének tekinthető az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata és az Európa Tanács keretein belül létrehozott emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló egyezmény, valamint az Európai Szociális Karta. (Council of Europe, 2004)

Az 1948-ban az Egyesült Nemzetek Szervezetének Közgyűlése által elfogadott Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata általánosságban fogalmazza meg az ember és az emberi autonómia sérthetetlenségét, és az egyén jogát az orvosi ellátáshoz, betegség, munkaképtelenség esetén a társadalmi segítséghez.

Az 1950-ben aláírt Római Egyezmény hasonlóképpen általában védi az emberi életet és az ember alapvető jogait.

Az 1961-es Európai Szociális Kartában az egészség védelméhez és az egészségügyi segítséghez való jog került megfogalmazásra.

Ezután egyes nemzeti és nemzetközi szervezetek fogalmaztak meg ajánlásokat, állásfoglalásokat és célkitűzéseket már konkrétan az egészségügyi ellátás területére:

1973: A betegek jogai — Amerikai Kórházszövetség

1976: Ajánlások a betegek és haldoklók jogaival kapcsolatban – Európa Tanács

1979: Karta a kórházban ápolott betegek jogairól – Európai Gazdasági Közösség

1981: A betegek jogainak deklarációja – Egészségügyi Világszervezet (WHO) (Fedinecz, 1995)

1986: Ottawai Karta – WHO

1993: Európai Karta a kórházban ápolott gyermekek jogairól

1994: Amszterdami Deklaráció – WHO Európai Régió

1996: Ljubljani Karta – WHO Európai Régió

1997: Oviedói Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról – Európai Bizottság

2002: Európai Betegjogi Karta

Az utolsó két évtizedben már egyes – különösen kiszolgáltatott – betegcsoport jogai kerültek előtérbe, mint pl.: pszichiátriai betegek, HIV/AIDS betegek (Council of Europe, 2004).

Az 1990-es évektől kezdődően fokozatosan az egyes államok saját jogrendszerükben törvényként vagy más módon jelenítették meg a betegjogokat és azok érvényesítésének lehetőségeit.

E speciális jogokon belül helyezkedik el a személyi autonómia az egészségügyi ellátás során, mint a kiszolgáltatottság csökkentésének legfőbb eszköze.

Az önrendelkezési jog három részterületet ölel fel:

- az ellátás igénybevétele vagy mellőzése,
- a beavatkozásokhoz való hozzájárulás vagy
- annak visszautasítása. (Kószegfalvi, 1999)

Más meghatározás szerint „szélesebb értelemben a tájékoztatáshoz való jog, az intézmény elhagyásának joga, illetve az ellátás visszautasításának joga is az önrendelkezési jog része, szűkebb értelemben azonban a gyógykezelésbe való beleegyezés jogát értjük alatta.” (Polecsák szerk., 1999) Véleményem szerint az önrendelkezési jog tágabb értelmezésébe a felsoroltakon kívül beletartozik még az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokról való rendelkezés is, amennyiben az nem a vonatkozó, 1997. évi XLVII. törvényben leírt esetekben kerülne felhasználásra. Szintén idesorolhatónak gondolom a személy rendelkezését testének, szerveinek vagy szöveteinek felhasználásáról (oktatás, szervátültetés stb.).

Ezek a jogok — bár gyakran önállóan kerülnek megnevezésre vagy éppen szabályozásra – élesen nem különíthetők el ennyire, hiszen egymásra épülnek. Csak megfelelő információk birtokában van valódi döntése a betegnek a kezelésbe adott beleegyezése során, ezért is nevezik általánosan elterjedt kifejezéssel „tájékozott beleegyezés”-nek (in-

formed consent). A tájékoztatáshoz való joghoz hasonlóan ugyanilyen szorosan kötődik a kezelés visszautasításának joga is a beleegyezési joghoz. Az önrendelkezési jogon belül valójában talán csak az ellátás igénybevételének és az intézmény elhagyásának joga az, ami némiképp tud önálló is lenni. Az 1981-ben a WHO által a betegek jogairól kiadott Lisszaboni Deklaráció is közösen kezeli e jogokat, amikor úgy fogalmaz, hogy „a betegnek joga van ahhoz, hogy bizonyos kezelések elvégzését elfogadja vagy elutasítsa megfelelő tájékoztatás után.”

A beleegyezési jog gyakorlásának alapfeltétele, hogy a döntés megtevesztéstől, fenyegetéstől, kényszertől mentes legyen. (Kószegfalvi, 1999)

Lehetne e három jogot (tájékoztatás, beleegyezés, visszautasítás) aszerint is vizsgálni, hogy kit illet meg tulajdonképpen. Ezek közül a tájékoztatáshoz való jog az egyetlen, ami valójában megillet minden beteget. A tájékoztatás során természetesen figyelembe kell venni a beteg életkorát, állapotát, szellemi fejlettségét. Az egyetlen korlátja maga a beteg lehet, ha nem akarja, hogy tájékoztassák. A kezelésbe való beleegyezés jogát már csak a betegek egy része, a cselekvőképes személyek gyakorolhatják, és ők is csak akkor, ha a kezelőorvos egyáltalán megajánlotta, felvetette az adott kezelést. A kezelés visszautasítására ezen kívül még egyéb korlátozás is érvényes, hiszen bizonyos kezelések, pl.: életfenntartó és életmentő, csak meghatározott körülmények fennállása esetén lehetséges.

Az egészségügyi ellátás során a beteg önrendelkezési jogának megsértése – véleményének figyelmen kívül hagyása mellett – leginkább abból adódhat, ha nem kap elegendő vagy szakmailag megfelelő információt a betegségéről, a kezeléséről, a lehetséges alternatívákról.

2. Nemzetközi elvárások

1994-ben Amszterdamban 36 európai állam képviselői tartottak tanácskozást a betegjogokról, és közösen elfogadtak egy

dokumentumot, melyben rögzítették a vonatkozó alapelveket. A konferencia előkészítése során felmérték, hogyan alakult 1983-1989 között az európai országok betegjogi szabályozása. Az önrendelkezési joggal kapcsolatban azt találták, hogy egyre növekvő a cselekvőképtelen betegek eme jogának elismertsége, az ő akaratukat és véleményüket is figyelembe kell venni a kezeléssel hozott döntés során. Az önrendelkezési jog érvényesülését segíti, hogy a beteg még cselekvőképes állapotában nyilatkozhat egyes kezelésekről, a helyette döntést hozó személyről. Az Amszterdami Deklarációban leírt alapelvek a beleegyezéssel kapcsolatban:

- orvosi beavatkozások előfeltétele,
- a beteg a kezelést visszautasíthatja vagy abbahagyhatja (ennek következményeiről is tájékoztatni kell),
- akaratnyilvánításra képtelen állapotú beteg beleegyezését feltételezni kell sürgős ellátást igénylő esetekben, kivéve, ha előzőleg rendelkezett az ilyen esetekre,
- a kiskorú beteget is - amennyire lehet - be kell vonni a döntésekbe,
- ha a törvényes képviselő megtagadja a beleegyezést olyan beavatkozásba, ami a betegellátó szerint szükséges lenne a beteg érdekében, bírósághoz vagy más döntéshozatalra jogosult intézményhez kell fordulni,
- ha a beteg nem képes a tájékozott beleegyezésre, és senki sincs, aki helyette ezt a jogát gyakorolja, a beteg vélelmezhető kívánsága szerint kell eljárni,
- az emberi test bármely részének megőrzéséhez, felhasználásához szükséges a beleegyezés, amit megadottnak kell tekinteni, ha erre a diagnózis felállítása vagy a gyógykezelés miatt kerül sor,
- a beteg klinikai oktatásba bevonásához a beleegyezését kell kérni,
- tudományos kutatásba való bevonásnak is feltétele a tájékozott beleegyezés, a kutatási jegyzőkönyveket etikai vizsgálat alá kell vetni,
- nem végezhető el a kutatás olyan embereken, akik nem képesek akaratuk kinyilvánítására, kivéve, ha törvényes képviselőjük beleegyezett, és valószínűleg a beteg érdekét szolgálja. (TASZ, 1999)

A WHO európai tagországainak egészségügyi miniszterei 1996-ban fogadták el az ún. Ljubljana-i Kartát (NŐVÉR, 1996), melyben az egészségügyi ellátórendszerek átalakításának, fejlesztésének irányelveit fogalmazták meg. A célkitűzés Európa polgárai egészségi állapotának jobbítása volt. A dokumentum létrehozói a betegjogok érvényesülése érdekében alapos, pontos és naprakész tájékoztatás és oktatás szükségességét írták le. Ez alatt már nem csak a betegségről, a kezelés lehetőségeiről való tájékoztatást értették, hanem ezek mellett az egészségügyi szolgáltatók teljesítményére vonatkozó, nyilvánosan igazolt információkhoz való hozzáférést is.

Az 1997. évi Oviedói Egyezmény, amely az Európa Tanács égisze alatt kötött, a beleegyezés általános szabályát így írja le:

„Egészségügyi beavatkozás csak azután hajtható végre, ha abba az érintett személy szabadon és tájékozottságon alapuló beleegyezését adta.

Ennek a személynek előzetesen megfelelő tájékoztatást kell kapnia a beavatkozás céljáról és természetéről, valamint következményeiről és kockázatairól.

Az érintett személy beleegyezését bármikor szabadon visszavonhatja.”

Az Egyezmény szól a beleegyezési képességgel nem rendelkezők védelméről is. Ha a beteg kiskorú, szellemi fogyatékkal élő, illetve betegség vagy más miatt nem hozhat ilyen jellegű döntést, helyette a törvényes képviselő gyakorolja a beleegyezési jogot. De a gyermek véleményét figyelembe kell venni, tekintetbe véve életkorát és érettségi fokát, valamint az érintett személyt a lehetőségekhez képest be kell vonni a döntésbe.

A dokumentum tartalmaz megoldást a sürgősségi helyzetekre is. Ilyen esetben, ha a beleegyezés beszerzésére nincs idő vagy mód, minden beavatkozást meg kell tenni, ami a beteg érdekében szükséges.

Az Egyezményben még arról is olvashatunk, hogy a beteg előzetesen kinyilvánított szándékát figyelembe kell venni, ha a beavatkozás időpontjában nincs döntésre képes állapotban.

Külön fejezet foglalkozik a tudományos kutatással. A felsorolt egyéb feltételek fennállása mellett kutatásba csak azt a személyt

lehet bevonni, aki abba a megfelelő tájékoztatás után írásban, kifejezetten és célzottan beleegyezett. Ezt a beleegyezést az érintett bármikor visszavonhatja. Beleegyezési képességgel nem rendelkező esetében itt is a törvényes képviselő gyakorolhatja ezt a jogot.

A 2002. évi Európai Betegjogi Karta tizen-négy betegjogot hirdetett ki. A felsorolásban ötödikként szerepel a szabad választás joga: „minden személynek joga van a megfelelő információk alapján a kezelési módzatok és az ellátási lehetőségek között való választásra”, majd e jog részletezése következik, mely szerint a betegnek joga van megválasztani:

- a diagnosztikai vizsgálatokat,
- az alkalmazott gyógykezeléseket,
- a házi- és szakorvos személyét,
- az ellátás helyét.

A Karta az egészségügyi intézmények kötelezettségévé teszi, hogy minden akadályt elhárítsanak e jog érvényesülésének útjából, és a döntések meghozatalához elegendő információ átadásával segítsék a beteget.

3. Nemzetközi kitekintés

Az Amszterdami Deklaráció (1994) után egyes országok törvényt alkottak a betegjogokról, míg más államok saját, nemzeti betegjogi kartát adtak ki, némelyek már a Deklarációt megelőzően. **(I. és II. táblázat)**

Az Amerikai Egyesült Államokban 1991-ben lépett életbe a szövetségi szintű, a beteg önrendelkezéséről szóló törvény (Patient Self-Determination Act, PSDA). Ez a szabályozás nem csak a kezelésbe való beleegyezés vagy visszautasítás jogát rögzíti, hanem arról is rendelkezik, hogy erről a jogáról a beteget a felvételekor tájékoztatni kell. (Ulrich, 1998) Egy, a bevezetés után 13 évvel később készült tanulmány azt veti fel, hogy nem működik jól a törvény, amikor a kezelés visszautasításáról van szó, példaként két esetet megemlítve, Nancy Cruzanét és Terri Schiavoét. (Leahman, 2004) A problémát az okozta, hogy a kezelés visszautasításának jogába burkolva a kómában lévő beteg lélegeztetőgépről való levételével, illetve a táplálás megszüntetésével tulajdonképpen a halálukról döntöttek.

I. táblázat: Betegjogi törvényt kiadó országok

Évszám	Ország
1992	Finnország
1994	Hollandia
1996	Izrael
	Litvánia
1997	Izland
	Lettország
	Magyarország
	Görögország
1998	Dánia
1999	Norvégia
2000	Grúzia
2002	Franciaország
	Belgium
	Észtország
2003	Svájc
	Oroszország
	Románia
2005	Ciprus*

* (Fallberg, 2000)

II. táblázat: Betegjogi kartát kiadó államok

Ország	Évszám
Franciaország	1974, 1995
San Marino	1989
Egyesült Királyság	1991, 1997
Cseh Köztársaság	1992
Spanyolország	1994
Írország	1995
Malajzia	1995
Dél-Afrika	1996
Portugália	1997
Hong Kong	1999
Németország	1999, 2001, 2002
Lengyelország	1999
Szlovákia	2000
Ausztria	2001
Ciprus	2001
Olaszország	2002*

* (Fallberg, 2000)

Az első esetben a beteg egy szóbeli, előzetes akaratnyilvánítása, a második esetben pedig a bíróság ítélete alapján szüntették meg a kezelést. (Lukács, 2005)

4. A betegek önrendelkezési joga a magyar szabályozásban

Az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdésében mondja ki, hogy a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, az 54.§ (2) bekezdése pedig tiltja, hogy emberen a hozzájárulása nélkül orvosi vagy tudományos kísérletet végezzenek. Az Alkotmányban szó szerint nem fordul elő az egyént megillető önrendelkezési jog, de az alapjogok megfogalmazásából ez egyértelműen kiolvasható.

Az előző, 1972-es egészségügyi törvény nem tartalmazott átfogó betegjogi előírásokat, de a műtétbe való beleegyezés szükségessége megjelent benne (Kőszegfalvi, 1999). Ebből következően a betegekkel éveken keresztül egy általános, „mindenbe” való beleegyezést írtak alá, a beteg a szöveg szerint valamennyi szükséges kezeléshez hozzájárult, többnyire csekélynek mondható és semmiképp igazolható tájékoztatás után.

Az 1997. évi egészségügyi törvény nevesítette a betegjogokat, és szabályozta érvényesítési lehetőségüket. Célként került megfogalmazásra a feltételek megteremtése ahhoz, hogy a betegek megőrizhessék emberi méltóságukat és önazonosságukat, valamint hogy önrendelkezési és egyéb jogaik ne csorbuljanak. Az alapelvek között szerepel, hogy az egészségügyi ellátás során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét, személyes szabadságuk és autonómiájuk kizárólag az egészségi állapotuk által indokoltan és a törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.

A magyar szabályozásban a beteget megillető önrendelkezési joga kívül, külön szerepel a tájékoztatáshoz való, illetve az ellátás visszautasításának joga. Az önrendelkezési

jog tartalma az egészségügyi törvény szerint az, hogy a beteg szabadon dönthet

- az egészségügyi ellátás igénybe vételéről,
- az ellátás során a beavatkozásokba való beleegyezésről.

Ezekon kívül, de az önrendelkezésen belül, a betegnek joga van ahhoz, hogy részt vegyen a saját kivizsgálása és kezelése során hozott döntésekben, és beavatkozás csak az önkéntesen, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszerből mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezése után lehetséges. Kivétel ez alól a sürgősségi helyzet, amikor is a beteg akadályozott az akaratnyilvánításában, vagy közvetlen életveszélyben van. Ezekben az esetekben minden olyan beavatkozást el kell végezni, amely az érdekét szolgálja. Nem szükséges a beleegyezés akkor sem, ha egy adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása más személy – beleértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épességét veszélyeztetné.

A beteg a hozzájárulását megadhatja szóban, írásban vagy ráutaló magatartással. Ez alól kivétel képeznek az invazív beavatkozások, a beteg élete során eltávolított szervek, szövetek felhasználása, valamint a pszichiátriai betegek önkéntes gyógykezelése. Ekkor a nyilatkozat írásba foglalása, illetve szóbeliség esetén két tanú jelenléte szükséges. Az írásos beleegyezés alól a törvényalkotó – a fogalom meghatározás során – kivonja azokat az invazív beavatkozásokat, amelyek szakmai szempontból a beteg számára elhanyagolható kockázatot jelentenek. Ezeknek a beavatkozásoknak a köre azonban nem egyértelmű, nincs egységes gyakorlat, mi számít ilyennek. Izomba adott injekció esetén pl.: van olyan betegellátó, aki önállóan erre is kér beleegyezést, és van olyan, aki úgy tekinti, hogy ez része a gyógykezelésnek, nem jár különösebb kockázattal, így nem kér külön nyilatkozatot róla. Nem kell külön beleegyeznie a beteg életében eltávolított szervek, szövetek szokásos módon való megsemmisítésébe sem.

Szintén írásban kell „fordított” nyilatkozatot tenni halál esetén a betegnek a holttestét érintő beavatkozásokról. Ebben az esetben ugyanis nem beleegyeznie kell a beteg-

nek, hanem ha úgy gondolja, tiltakozhat a szerveinek, szöveteinek halála utáni gyógyításra, kutatásra vagy oktatásra való felhasználása ellen. Ha ilyen tiltást nem tett, elvileg szabadon felhasználhatók szervei az előbbiekben leírt célok érdekében. Gyakorlatban azonban a betegellátók igyekeznek megszerezni a beteg, vagy leginkább a hozzátartozó engedélyét pl.: a szervátültetéshez.

A gyógykezelés alatt a beteg bármikor visszavonhatja a beleegyezését, és ha az nem kellőképpen indokolt, abban az esetben az előzőekben adott beleegyezés kapcsán keletkezett, indokolt költségeket meg kell térítenie.

A beteg arról is rendelkezhet, hogy ki döntsön helyette, azaz hiteles dokumentumban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki a kezelésbe való beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolhatja, és ugyanígy ki is zárhat valakit ebből, akit a törvény esetleg feljogosítana. Ez hasonlóképpen a tájékoztatásra is vonatkozhat. A döntéshozó cselekvőképes személy megnevezésének vagy kizárásának jogát 2001 óta a fiatakorúak is gyakorolhatják.

Ha a beteg cselekvőképtelen, és előzetesen senkit nem nevezett meg vagy nem is nevezhetett meg pl.: életkora miatt, akkor a törvény – sorrendet felállítva – meghatározza a lehetséges döntéshozókat, a törvényes képviselő, illetve a közeli hozzátartozók személyében.

A beteg önrendelkezési jogát csak törvényben lehet korlátozni, de a helyettes döntéshozónak maga a szabályozás állít fel korlátokat. A törvényes képviselő, illetve hozzátartozó nyilatkozata csak a kezelőorvos által javasolt invazív beavatkozásokra terjedhet ki, és nem vezethet a beteg súlyos vagy maradandó egészségkárosodásához. Ráadásul a beteget cselekvőképessége visszanyerésekor azonnal tájékoztatni kell. Ha egy sorban többen jogosultak a döntésre (pl.: több gyermek egy szülő esetében), akkor annak a nyilatkozatát kell figyelembe venni, akié a beteg állapotát várhatóan a legkedvezőbben befolyásolja.

A beavatkozás visszautasításának joga

megjelenik az önrendelkezési jogon belül is, és külön nevesítve is a törvényben.

A kezelés visszautasításának joga korlátozott, cselekvőképes személy csak akkor élhet vele, ha ezzel mások életét, egészségét nem veszélyezteti. Olyan ellátás visszautasítása, amely a beteg saját életét veszélyezteti, illetve maradandó egészségkárosodásához vezethet, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban lehetséges, illetve írásképtelenség esetén két tanú jelenlétében tett nyilatkozáttal. Életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg gyógyíthatatlan kórbán szenved, és a betegség lefolyásából következően rövid időn belül meghalna. Ilyen nyilatkozat esetén egy háromtagú orvosi bizottság vizsgálatával ellenőrzi, hogy a beteg tisztában van a döntésének következményeivel. Ezen kívül a betegnek ezt a döntését 3 nap elteltével meg kell ismételnie, ahhoz, hogy érvénybe lépjen. Nem lehet ilyen típusú kezelést visszautasítani cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetében, vagy ha a beteg várandós, és előreláthatólag képes a gyermek kihordására. Cselekvőképes személy közokiratban megjelölhet más személyt, aki esetleges később bekövetkező cselekvőképtelensége esetén dönthet ezekről a kezelésekről is. Az ilyen nyilatkozatot két évente meg kell újítani. A beavatkozás visszautasítása nem zárja ki a beteget véglegesen az ellátásból, a fájdalomcsillapítás és a szenvedéseinek csökkentésére irányuló egyéb kezelés mindenképp jár neki. A kezelés visszautasítása pedig semmiképp nem azonos a halálba segítéssel, ám időnként, bizonyos esetekben ún. passzív eutanáziához vezethet, azaz a betegség orvosi beavatkozások nélküli, természetes lefolyásának engedhet utat.

A kezelés visszautasítását az egészségügyi törvényen kívül a 117/1998. Kormányrendelet is szabályozza.

A betegek jogait, közöttük az önrendelkezési jogot is csak úgy gyakorolhatják, hogy azzal mások jogait nem sérthetik, a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) 5.§-ában foglalt követelményeknek megfelelően. Ez a paragrafus tartalmazza azt az általános

érvényű előírást, mely szerint tilos a joggal való visszaélés, és ilyennek minősül az is, ha más jogának vagy jogos érdekének csorbítására vezetne a joggyakorlás. Ennek szellemében tiltja az egészségügyi törvény a kezelésbe való beleegyezés és visszautasítás jogát gyakorló személynek (akár a beteg, akár hozzátartozó), hogy a más testi épségét, egészségét, életét veszélyeztető döntést hozzon. Így tehát védi a magzatot a várandós nővel, a beteget a másik beteggel és a hozzátartozóval/törvényes képviselővel szemben. Ennek az alapelvnek az érvényesülését szolgálják az önrendelkezési jogot korlátozó, közegészségügyi, járványügyi szempontból jelentős előírások is, mint pl.: a védőoltásra, szűrővizsgálatra kötelezés.

Ennek ellenére kb. évente egy olyan ügy kerül nyilvánosságra a média által, amikor a szülő nem engedi gyermekének beadni a védőoltást. Ebben az esetben kiskorú veszélyeztetése miatt indul büntetőper, és mint legutóbb a kunmadarasi szülők esetében is, elmarasztaló ítélet születik, a másodfokú eljárásban hozott indoklás szerint ezzel veszélyeztethetik a saját gyermekükkel közösségben lévő többiekét. (MTI, 2008)

Az orvostudományi kutatásba való beleegyezést nem az önrendelkezési jognál tárgyalja az egészségügyi törvény, hanem az Amszterdami Deklarációhoz hasonlóan, külön fejezetben foglalkozik vele, és más jogszabályok (23/2002., 35/2005. EüM rendeletek) is vonatkoznak rá.

A közelmúltban kiadott Rendtartás (30/2007. EüM rend.), amely valamennyi egészségügyi dolgozóra vonatkozik, a mellékletében előírja a beteg autonómiájának tiszteletben tartását minden tekintetben, és tiltja az ellátók személyes véleményének rákényszerítését a betegre. A tájékozott beleegyezés megvalósulásához alapvető követelményként fogalmazza meg a szakmailag valóban elfogulatlan információadást. Továbbá etikai vétségnek minősíti a tájékoztatással kapcsolatos jogszabályi rendelkezések vétkes megszegését. A Rendtartás szerint különös gondot kell fordítani a tájékoztatás során az érzékeny betegcsoportokra, azaz a gyermekekre, idősekre, pszichiátriai betegek, korlátozott belátási képességgel ren-

delkezőkre és a fenyegető magatartású betegekre.

Az egészségügyi törvényhez képest több-letelvárásaként jelentkezik itt a fizikális vizsgálatához való hozzájárulás kikérése, az intim testtájak vizsgálatának szükségességekor a külön magyarázat.

Az orvos-beteg kapcsolatban akár konfliktusként is megjelenhet a kezelésbe való bele nem egyezés, illetve az ellátás visszautasítása. A Rendtartás olyan esetekre, amikor feloldhatatlan a kezeléssel kapcsolatos véleménykülönbség, azt írja elő, hogy az orvosnak segítenie kell a beteget abban, hogy eljusson olyan orvoshoz, akivel vélhetően megfelelő együttműködést tud kialakítani.

Összehasonlítva a nemzetközi elvárást tartalmazó Amszterdami Deklarációval az egészségügyi törvény önrendelkezésre vonatkozó részeit, mondhatjuk, hogy annak minden tekintetben megfelel. Sőt, megfelel a kiadásához képest évekkel később készült Európai Betegjogi Kartában megfogalmazottaknak is.

A tudományos kutatásra vonatkozó előírások pedig megfelelnek az Ovidói Egyezményben foglaltaknak, az emberi szervek, szövetek felhasználhatóságáról szóló szabályozás pedig az Egyezmény 2005-ben aláírt Kiegészítő Jegyzőkönyvében leírtaknak.

5. Ütközési pontok

Az önrendelkezés kapcsán időről-időre felmerülő kérdés, hogy meddig is terjed, hol a határa. A betegjogokkal kapcsolatban az a szándék figyelhető meg, hogy a betegek minél szélesebb körét vonják be a személyüket érintő döntésekbe, a fiatalok az élet más területéhez képest itt többjogosítványokkal rendelkeznek, és ezt láthatjuk a többi korlátozottan cselekvőképességre vonatkozó szabályoknál is.

Az elmúlt két évtizedben visszatérő probléma, hogy a kezelés visszautasításán túl, ha a beteg szeretné befejezni az életét, kaphat-e ehhez segítséget vagy sem. A gyógyíthatat-

lan betegek saját döntésük alapján történő halálba segítését először Hollandia engedte meg 1994-ben, majd 3 évvel később pedig az amerikai egyesült államokbeli Oregon államban szabályozták az öngyilkosságban való segédkezést (Policy Paper, 2001). Ma már Belgiumban és Svájcban is engedélyezett az ilyenfajta segítségnyújtás a betegnek.

2002-ben egy brit állampolgár fordult az Európai Emberi Jogi Bírósághoz. A degeneratív idegrendszeri betegségben szenvedő, terminális állapotú beteg szerint az Egyesült Királyság megsértette az Emberi Jogok Európai Egyezményében foglaltakat, mert nem biztosított férje számára előre büntetlenséget, ha a kérésének megfelelően a halálba segíti. A hölgy betegsége izmai sorvadásával járt, lélegeztetőgépre kapcsolva, és szondatáplálással tartották életben. Mindeközben teljes belátási képességgel rendelkezett, azaz cselekvőképes volt. Dönthetett volna a kezelés visszautasításáról, ekkor azonban hosszas szenvedésnek tette volna ki magát, az öngyilkosságra pedig fizikailag volt képtelen. Ezért azt szerette volna, ha férje segít neki ebben. Azonban az angol jog szerint – hasonlóan a magyar büntetőjoghoz – az öngyilkosságban való közreműködés bűncselekmény. A beteg beadványában az Egyezmény több pontjának megsértésével vádolta az Egyesült Királyságot, amelyek között szerepelt az önrendelkezési jog is. A Bíróság a kérelmet elutasította. (Dósa, 2001)

A magyar Alkotmánybírósághoz (AB) is érkezett már több olyan beadvány, amely a betegek önrendelkezési jogát érinti. Egy indítványozó a személyi szabadság megsértésére hivatkozással az egészségügyi törvénynek azokat az előírásait kifogásolta, amelyek a kezelés visszautasítását korlátozzák. Az AB szerint ez az érvelés nem állja meg a helyét, amint az a 610/B/2003. határozatában kifejtette.

Egy másik, az AB-hoz intézett beadványban azt sérelmezték, hogy az egészségügyi törvény szerint a kezelésbe való beleegyezés és visszautasítás jogának szabályainál nem tesz különbséget a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes személy esetében.

Az indítványozó arra a következtetésre jutott a Polgári Törvénykönyv és az egészségügyi törvény összevetése során, hogy ez utóbbi szigorúbb korlátot állít a döntésekben való részvételnél, vagyis sem a korlátozottan cselekvőképes, sem a cselekvőképtelen személy ezeket a jogokat nem gyakorolhatja. Az AB határozata szerint alkotmányellenes, sérti az élethez és az emberi méltósághoz való jogot az egészségügyi törvénynek az a része, amely azonosan kezeli a személyek e két csoportját, és előírja, hogy a korlátozottan cselekvőképesek jogait a cselekvőképeseket és a cselekvőképteleneket megillető jogok között kell elhelyezni. A szabályozás korrekciója meg is történt.

Alkotmányjogi panaszt nyújtott be egy magánszemély, mely szerint a kötelező védőoltások, illetve tüdőszűrő vizsgálat előírásával az állam alkotmányos alapjogot, többek között az önrendelkezés jogát sérti. Az indítványozó szerint a védőoltás olyan, kockázattal járó invazív beavatkozás, amelyhez beleegyezés lenne szükséges. Az AB 39/2007. határozatában megállapította, hogy ebben az esetben valóban alapjog korlátozása történik, de az nem lépi túl a szükségesség mértékét.

Két indítványozó azzal fordult az Alkotmánybírósághoz, hogy az egészségügyi törvény alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát, mert nem engedi meg számukra, hogy életüket orvosi segítséggel fejezzék be. Sőt, az orvos kötelességévé teszi, hogy a gyógyíthatatlan beteget a legnagyobb gondossággal gyógyítsa, akár annak akarata ellenére. A beadványban az is szerepelt, hogy a Btk. emberölésre vonatkozó paragrafusai nincsenek összhangban az Alkotmánnyal, mert bűncselekménynek minősíti a gyógyíthatatlan beteg kívánságára történő orvosi halálba segítést, holott ezt el kellene különíteni a szabályozásban. Egy másik panaszos azt kifogásolta, hogy tiltott az olyan készítmény orvosi általi rendelkezésre bocsátása a beteg számára, amellyel véget vehetne az életének. Voltak, akik azt sérelmezték, hogy a gyógyíthatatlan betegek életmentő és életfenntartó beavatkozásra vonatkozó vissza-

utasításának korlátozása alkotmányellenes. Egy indítványozó szerint az önrendelkezési jogot sérti az ellátás visszautasítási jogának gyakorlása során az előírt orvosi bizottsági vizsgálat. Más azt kifogásolta, hogy a törvény lehetőséget ad arra, hogy bizonyos feltételek fennállása esetén beleegyezés nélkül végezzenek invazív beavatkozást, illetve arra, hogy a beavatkozást kiterjesszék, és a műtét során túllépjenek a hozzájárulásban foglaltakon.

Az indítványokat az Alkotmánybíróság összevontan vizsgálta, és valamennyi indítványt elutasította a 22/2003. határozatában.

Az AB véleménye szerint a törvény lehetővé teszi, hogy a gyógyíthatatlan betegek életük befejezésének emberi méltóságukkal összeegyeztethető módját válasszák. A határozat kinyilvánította, hogy mindenkit megillet az a jog – betegségtől függetlenül – hogy a haláláról maga döntsön. Az életfenntartó kezelés visszautasítása az önrendelkezési jog része, amelyet más alapjog védelme érdekében a szükséges mértékben korlátozható, de nem lehet teljesen elvonni. Az orvos tevéleges segítsége a halál előidézésében azonban az önrendelkezési jog olyan részébe tartozik, amelyet el is lehet vonni. Az Alkotmánybíróság az ember méltóságához való jogát az élettel egységben tartja korlátozhatatlannak, és a méltó halálhoz való jog nem az élettől való megfosztásként merül fel, azaz nem az élethez való jog korlátozásáról van szó. Így az önrendelkezési jognak eme része korlátozható, minthogy az állam életvédelmi kötelezettségével áll szemben. A határozat kimondja, hogy a halálba segítés éppen hogy megfosztaná a beteget az önrendelkezéstől, és a beteg ilyen irányú kívánsága hiányában más személy, az orvos döntene arról, mi összeegyeztethető az emberi méltósággal, illetve mi nem. Az AB szerint az egészségügyi törvény több lehetőséget is biztosít arra, hogy a beteg az emberi méltóságával összeegyeztethető módon döntsön a haláláról. Az egyik: az életfenntartó és életmentő kezelés visszautasításának joga, a másik pedig, hogy az egyén szabadon döntheti el, hogy igénybe veszi-e az ellátást vagy sem. A kívánságra történő halálba segítés

nem vezethető le az önrendelkezési jogból, hiszen engedélyezése más személyre vonatkozó kötelezést tartalmazna. Így e jog korlátozása szükséges és arányos. Az orvosi bizottság megjelenése az életfenntartó kezelés visszautasításának folyamatában a betegek érdekének védelmében történik, és nem az indokolatlan jogkorlátozás okán. Az invazív beavatkozás merevebb szabályozása a határozat szerint az eredményes orvosi tevékenység korlátja lenne.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosához egy osztályvezető főorvos fordult még 1996-ban, az új egészségügyi törvény megjelenése előtt. Azt a problémát vetette fel, hogy a „Jehova Tanúi” felekezet tagjai a vérátömlesztést, vérkészítményekkel való kezelést elutasítják, holott ez életmentő is lehet, elmaradása a beteg életére végzetes, és az orvosi esküvel ellentétes. A biztos vizsgálatot indított, és megállapította, hogy az akkor érvényben lévő szabályozás (1972. évi II. tv.) szerint közvetlen életveszély, illetve cselekvőképtelent érintő helyzet esetén kötelező a kezelés elvégzése, más esetben a cselekvőképes személy beleegyezése szükséges. Dr. Gönczöl Katalin kifejtette azt is, hogy az új törvény (1997. évi CLIV. tv.) alkalmasnak látszik arra, hogy a betegek szabad vallásgyakorlása és az orvosi ellátási kötelezettség ne kerüljön összeütközésbe, illetve véleményelérés esetén a bírósághoz fordulás lehetőségével kínál megoldást.

Bár voltak beadványok az Alkotmánybírósághoz, összegezve mégis az mondható, hogy a betegek önrendelkezési jogát leíró, tíz éve érvényben lévő első magyar betegjogi törvény nem csak a nemzetközi elvárásoknak felel meg, hanem a gyakorlatban is megállja a helyét.

6. Az önrendelkezési jog érvényesülése Magyarországon

2007 óta az Egészségbiztosítási Felügyeletnél (EBF) is tehetnek panaszt a betegek az egészségügyi ellátással kapcsolatos kifogásaikról. Az EBF 2008. I. féléves összegzéséből az tűnik ki, hogy a betegjogok területén el-

sősorban a tájékoztatási és az egészségügyi dokumentáció megismerési jog megsértése merült fel. (EBF, 2008) Az önrendelkezési joggal kapcsolatos panaszok hiánya azonban nem jelenti azt, hogy minden rendben van a jogérvényesítés során.

Az Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület (OFE) 2003-ban végzett egy felmérést a betegek körében az ellátásról. Kérdéseik között szerepelt az önrendelkezési jogra vonatkozó is. 410 vélemény feldolgozása során azt találták, hogy invazív beavatkozás előtt beleegyezést csak a választ adó betegek 66%-ától kértek. Ez meglehetősen alacsony mértékű, bár ebben közrejátszhatott az is, hogy az elhanyagolható kockázatúakhoz nem is kell beleegyezés. A megkérdezettek 80%-a nyilatkozott úgy, hogy az állapotáról kapott orvosi tájékoztatást, és hasonló arányt mutatott a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról szóló információátadás is. Ennél alacsonyabb gyakorisággal, mindössze 40-50%-nál fordult elő, hogy a beavatkozások elvégzésének előnyeit, illetve elmaradása esetére a hátrányait ismertették. Gyakori problémaként merült fel, hogy a beavatkozás időpontjáról nem kaptak tájékoztatást a betegek, ami külön pszichés megterhelést okoz számukra. Magáról a szűken értelmezett önrendelkezési jogról csak a betegek 60%-a kapott ismertetést az ellátóktól. (OFE, 2003) Ezek az adatok azt mutatják, hogy a betegjogok nem érvényesülnek maradéktalanul az ellátás során.

A kezelés visszautasításának gyakoriságáról nem találtam felmérést. Véleményem szerint nagyon ritka lehet ennek az egészségügyi törvényben meghatározott, írásos nyilatkozatban megtett formája. A betegek nagy része, feltehetőleg az intézmény elhagyásával utasítja vissza a számára nem elfogadható kezelést, és élve szabad orvosválasztási jogával, másik kezelőorvost keres fel panaszával. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, terminális állapotú betegeknel — abból kiindulva, hogy a hospice ellátások magas kihasználtsággal működnek és várni kell a bekerülésre — valószínűleg vagy közösen megegyezik az orvos és a beteg a kezelés befejezéséről, vagy az orvos már eleve arról tájékoztatja a beteget, hogy szakmai tudása

alapján nincs több gyógyítási lehetőség. Így a vélemények nem ütköznek, és nem kerül sor visszautasító nyilatkozat megtételére.

Az előrenyilatkozás Magyarországon nem túl elterjedt, míg például az Egyesült Államokban élők megközelítőleg 30%-ának van ilyen „élő végrendelete” (Living Will). (Leahman, 2004)

7. A betegjogok jövője Európában

Európában napjainkban a betegjogok kapcsán leginkább az merül fel, hogy a határokon átívelő egészségügyi ellátás során e speciális jogok biztosítva legyenek mindenki számára. A jelen cikk 3. fejezetében leírtak szerint a tagállamok eltérő szabályozási formát választottak, és más azok tartalma is. Ezt is figyelembe véve az Európai Bizottság 2008. július 2-án irányelvjavaslatot fogadott el a betegjogok biztosításáról, amit tárgyalásra átadott az Európai Parlamentnek.

Ezen kívül 2008. szeptember 30-án az egészségügyi biztos útnak indította az „Európa a betegekért” kampányt. A kezdeményezés fő célkitűzése, hogy a szakpolitikai javaslatok kidolgozása során olyan témakörökkel foglalkozzanak, mint például a betegbiztonság vagy az önrendelkezési jogot is érintő szervadományozás és szervátültetés, valamint a védőoltások. (Európai Bizottság, 2008)

Jogszabály jegyzék

1. 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya
2. 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről
3. 1972. évi II. törvény az egészségügyről
4. 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről
5. 1993. évi XXXI. törvény az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről

6. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről
7. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
8. 1999. évi C. törvény az Európai Szociális Karta kihirdetéséről
9. 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról
10. 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről
11. 2006. évi LXXX. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezményéhez kapcsolódó, az emberi eredetű szervek és szövetek átültetéséről szóló, Genfben, 2005. május 4-én aláírt Kiegészítő Jegyzőkönyv kihirdetéséről
12. 2006. évi LXXXI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezményéhez kapcsolódó, az emberi eredetű szervek és szövetek átültetéséről szóló, Genfben, 2005. május 4-én aláírt Kiegészítő Jegyzőkönyv kihirdetéséről
13. 117/1998. (VI.16.) Korm. rendelet az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól
14. 23/2002. (V.9.) EüM rendelet az emberen végzett orvostudományi kutatásokról
15. 35/2005. (VIII.26.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról
16. 30/2007. (VI.22.) EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról

Alkotmánybírósági határozatok

1. 610/B/2003 AB határozat
AB Közlöny: XVI. évf. 12. szám
2. 22/2003. (IV.28.) AB határozat
Magyar Közlöny 2003. évi 43. szám
3. 39/2007. (VI.20.) AB határozat
Magyar Közlöny 2007. évi 77. szám

Irodalomjegyzék

1. Council of Europe (2004): Health, ethics and human rights
The Council if Europe meeting the challenge
The Hague/Strasbourg: Council of Europe
2. Dósa Ágnes, dr. (2001): Aktív eutanázia? Döntött az Európai Emberi Jogi Bíróság
Lege Artis Medicinae, 12. évf. 5. sz., 344-346
<http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0205/20.htm>
megtekintve: 2008. október 24.
3. Egészségbiztosítási Felügyelet 2008. évi I. félévi beszámoló
<http://www.ebf.hu>
megtekintve: 2008. október 27.
4. Egészség-EU Európai Bizottság Hírek
http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/news/index_hu.htm
megtekintve: 2008. október 10.
5. Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata (1949)
<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/hng/htm>
megtekintve: 2008. október 23.

6. Európai Betegjogi Karta (2002)
http://www.tasz.hu/files/tasz/imce/A_Eur_pai_Betegjogi_Karta.doc
megtekintve: 2008. szeptember 15.
7. Európa egységesen elfogadja az „Egészségügy átalakításának Ljubljana Kartáját” (1996)
NŐVÉR, 9. évf., 4. szám 29-32.o.
8. Fallberg, Lars (2000): Patients' Rights in Europe: Where do stand and where do we go?
European Journal of Health Law 7: 1-3
<http://www.aitel.hist.no/~walterk/wkeim/patients.htm>
megtekintve: 2008. március 6.
9. Fedinecz Sándor, dr. szerk. (1995): A betegjogok és az ombudsman rendszer
Medinfo, Budapest, 5,
10. Gönczöl Katalin, dr. (1996): OBH 8619/1996. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése
<http://www.obh.hu/allam/index.htm> – 1k
megtekintve: 2008. szeptember 14.
11. Kőszegfalvi Edit (1999): Egészségügyi jogi kézikönyv
Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
12. Leahman, Dee (2004): Why the Patient Self-Determination Act Has Failed
NC Medical Journal, Number 4
13. Lukács András (2005): Gyilkosság bírői döntésre
Hetek, IX. évf. 13.szám
<http://www.epa.oszk.hu/00800/00804/00371/55797.html>
megtekintve: 2008. október 24.
14. MTI (2008): Másodfokon is elítélték a kunmadarasi szülőket a gyerekeknek járó védőoltások elmaradása miatt
<http://www.mti.hu>
megtekintve: 2008. október 17.
15. Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület: Egészségügyi szolgáltatások és betegjogok
<http://gportal.hu/gindex.php?pg=7117-21k>
megtekintve: 2008. október 27.
16. Polecsák Mária, dr., szerk. (1999): A betegek jogai
Vince Kiadó
17. Policy paper On The Rights Of Patients, 2001
<http://pdc.ceu.hu/archive/00001396/01/8>
megtekintve: 2008. október 24.
18. Sári János (2006): Alapjogok — Alkotmányjog II.
Osiris Kiadó, Budapest
19. Társaság a szabadságjogokért (TASZ) (1999): A betegjogok Európában
TASZ, Budapest, 6-12
20. Ulrich, Lawrence, P., Ph.D. (1998): The requirements of the patient self-determination
<http://academic.udayton.edu/LawrenceUlrich/315psdame.htm>
megtekintve: 2008. szeptember 23.

Patients' right of self-determination - international standards and Hungarian regulations
Kujalek, É.

The author gives an overview of the international treaties aimed at ensuring patients' right of self-determination, and describes the related Hungarian regulations. The article draws attention to the potential conflicts arising from this aspect of patients' rights, based on a study of complaints received by the Constitutional Court and the Commissioner for Civil Rights. It also presents the results of a previous study into the right of self-determination, conducted by the National Association for Consumer Protection in Hungary. Besides this it briefly outlines the changes to patient rights that are expected to take place in Europe in the near future.