

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. október, 22. évfolyam 5. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiegész összefüggései az egészségügyi dolgozók körében

Kovács Mariann, Dr. Hegedűs Katalin, Ph.D.

3

GRATULÁLUNK!

12

EREDETI KÖZLEMÉNY

A tűszúrásos balesetek helyzete egészségügyi szakdolgozók körében 2006 és 2008 között

Dr. Balogh Zoltán, Ph. D., Babonits Tamásné, Somogyvári Zoltánné, Dr. Öreg Zsolt

13

Jelentős túlsúllyal rendelkező személyek súlykorrekciós programja és a telekommunikációs nyilvánosság befolyásoló szerepe

(A „Nagy fogyás” szakmai programjának és eredményeinek elemzése)

Béres Alexandra

24

AZ ÁPOLÁS JOGI KÖRNYEZETE

Lakossági gyógyszerellátással kapcsolatos betegpanaszok lehetséges útjai és következményei

Kujalek Éva

35

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** 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. 5. October 2009

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

The correlations between emotional work, emotional dissonance and burnout among health workers

Kovács, M., Hegedűs, K.

3

CONGRATULATIONS

12

ORIGINAL CONTRIBUTION

The situation with regard to needlestick accidents among health workers between 2006 and 2008

Balogh, Z., Babonits, T., Somogyvári, Z., Öreg, Zs.

13

A weight correction program for significantly overweight persons, conducted in the context of a TV "reality show", and the influencing role of the accompanying publicity

Béres, A.

24

LEGAL ENVIRONMENT

Possible means and consequences of patient complaints related to household medicine supply.

Kujalek, É.

35

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. Zékányiné 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, PécsDr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rácz Jenő, *elnök*

Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné

Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi 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

Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiégés összefüggései az egészségügyi dolgozók körében

Kovács Mariann

pszichológus, főiskolai tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem
Juhász Gyula Pedagógusképző Kar

Dr. Hegedűs Katalin, Ph.D.

szociológus, egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Összefoglaló

A vizsgálat célja: elhelyezni a kiégési szindrómát az érzelmi munka elméleti keretében, meghatározni az ápoló-asszisztens és orvos-pszichológus csoportokban a kiégési szindróma prevalenciáját, leírni az érzelmi munka, a társas támogatás, valamint a megküzdés jellemzőit a két foglalkozási csoportban, és összefüggésbe hozni a kiégés jelenségével.

A vizsgálati módszerek és minta: A kérdőíves vizsgálatban 199 egészségügyi dolgozó vett részt, jelen tanulmányban a célkitűzéseknek megfelelően 156 ápoló, asszisztens, orvos és pszichológus válasszait elemezzük.

Eredmények: A kiégést, a megküzdést és a társas támogatást vizsgálva hasonlóságokat, ugyanakkor a kiégést nagymértékben meghatározó érzelmi munkát illetően lényeges különbségeket találtunk a két foglalkozási csoport között. Az ápolók kiégését az érzelmi disszonancia, míg az orvosokét a semleges és a negatív érzelmek kifejezésének követelménye befolyásolta.

Következtetés: Az eredmények ismeretében mindenképpen felvetődik a foglalkozásra nézve specifikus prevenció és intervenció kidolgozásának szükségessége. Különösen az ápolók esetében érdemes az egészségi állapotot negatívan befolyásoló érzelmi disszonanciára irányítani a figyelmet.

A probléma ismertetése

A munkahelyi stresszt, az egészségi állapotot és a kiégést vizsgáló tanulmányok veszélyeztetett csoportnak minősítik az egészségügyi dolgozók körét, illetve bizonyos egészségügyi dolgozói csoportokat – orvosokat ápolókkal vagy különböző szakmák képviselőit egymással – hasonlítanak össze (Ádám és mtsai, 2009; Hegedűs és Kovács, 2008; Szabó és mtsai, 2008; Hegedűs és mtsai, 2004; Szicsek, 2004; Szemlédy, 2004). Az egészségi állapottal kapcsolatos kutatások hangsúlyozzák, hogy az egészségügyi dolgozók, orvosok, ápolók hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek, a laikusok előtt, ezért alapvetően fontos, hogy mit közvetítenek

attitűdjeikben és viselkedésükkel. A kutatási eredmények több irányba mutatnak: vannak tanulmányok, amelyek azt hangsúlyozzák, hogy a megelőzést elhanyagolják az egészségügyi dolgozók (pl.: Molnár, 2002) és vannak, amelyek inkább az egészségi állapotra való nagyobb odafigyelés eredményességét emelik ki (pl.: Hegedűs és Kovács, 2008). Hegedűs és munkatársai az egészségügyi dolgozók utánkövetéses vizsgálata során a magyar lakosság egészségi állapotát országos, reprezentatív mintán vizsgáló Hungarostudy 2002-es és 2006-os adatait elemezték. Az eredmények szerint az egészségügyi dolgozók a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva bizonyos mutatókban rosszabb testi és lelki állapotot jeleznek.

Elméleti háttér és felhasznált fogalmak

Szinte nincs olyan ország, ahol ne vizsgálták volna a kiegészítő előfordulási gyakoriságát a nővérek, egészségügyi dolgozók körében, valójában a kiegészítő kutatások első alanyai ők voltak (Kovács, 2006). A **munkahelyi kiegészítés** fogalma az elmúlt tizenöt évben sokat formálódott (Kovács, 2006), napjainkban olyan pszichológiai tünetcsoportot jelöl, amely a tartós interperszonális stresszorokra adott válaszként értelmezhető, vagyis a munkahelyi személyközi kapcsolatokban rejlő stressztényezők mentén ragadják meg a fogalmat. Jelenleg a kiegészítésről elsősorban multidimenzionális jelenségként gondolkodnak, a legismertebb és legelfogadottabb nézet Maslach és munkacsoportja által leírt elképzelés, mely szerint a kiegészítés dimenziói: az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció / cinizmus, valamint a személyes hatékonyság, a teljesítmény csökkenése (Maslach és Jackson, 1993). A hazai vizsgálatok a nemzetközi trendekhez hasonlóan vezető tényszerűen az érzelmi kimerülést írják le (Szicsák, 2004; Hegedűs és Kovács, 2008; Ádám és mtsai, 2008). Az érzelmi kimerülés arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kikapadnak, úgy érzi, hogy nincs semmi, amit másoknak pszichés szempontból adhatna. A deperszonalizáció negatív és személytelen attitűd kialakítása a klienssel, valamint azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik a személy. A harmadik dimenzió: a személyes hatékonyság, teljesítmény csökkenése arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye némileg eltér attól, amit önmagától elvár és ehhez még nagyfokú negatív önértékelés is társul.

Kutatásunkban a kiegészítést a munkahelyi stresszt magyarázó modellek elméleti keretében helyeztük el. A **munkahelyi stressz modellek** közül Karasek modelljére támaszkodtunk (Karasek, 1979). Karasek **megterhelés modelljében** a munka két alapjellemezőjét különbözteti meg: a munka-követelmények / a megterhelés (job demand) és a döntésekre irányuló autonómia, vagyis a kontroll (control) változókat. E két változó interakciójának

eredményeként az egészségre nézve legrosszabb állapotnak az tekinthető, amikor a magas követelmények alacsony döntési lehetőséggel párosulnak. A személyes fejlődés szempontjából optimális a magas követelmények és magas döntési lehetőségek találkozása. Karasek később kiegészítette modelljét a **társas támogatás** gondolatával, hangsúlyozva ezzel, hogy a nagy megterhelés – alacsony kontroll feltételekkel jellemezhető munkák negatív hatását enyhíteni képes a munkatársaktól, felettesektől érkező segítség.

A munkakövetelmények kapcsán felmerül a kérdés, hogy milyen típusú megterhelésről van szó. Karasek az elméletében a megterhelések típusaival nem foglalkozott, és a kiegészítésre irányuló kutatások csak az utóbbi években kezdték közvetlenül mérni a munkakövetelmények érzelmi aspektusát (pl. de Jonge és mtsai, 2008; Zamunner és mtsai, 2003). Bennünket az a kérdés érdekelt, hogy az **érzelmi megterhelés** milyen szerepet játszik a kiegészítés alakulásában. Az egészségügyi dolgozók munkájában az érzelmi megterhelődés rendkívül hangsúlyos, és emellett fontos szerepet kap az érzelmek szabályozása is a pácienssel való kapcsolattartások alkalmával.

A következő, általunk vizsgált változó az érzelmi munka. Kutatásunkban a fogalom Zapf által kidolgozott értelmezését használjuk, amely szerint az **érzelmi munka** azoknak az érzelmeknek a szabályozása, amit a munkavállalótól elvárnak annak érdekében, hogy a munkahely által előírt érzéseket mutassa a kliensek felé (Zapf és mtsai, 1999). Az érzelmi megnyilvánulásokra vonatkozó **kimutatási szabályok** explicit vagy implicit szabályok, normák, melyek foglalkozási előírásaként működnek. **Érzelmi disszonancia** arról akkor beszélünk, ha a megélt érzelem és a kifejezett érzelem nem egyezik meg, vagy a kimutatási szabályoknak nem felel meg az érzelmek kifejezése. Ez az érzelmek kifejezése zavaraként is felfogható. Az érzelmi disszonancia stresszel jár, depressziót, cinizmust, a munkától való elidegenedést eredményezhet.

Az egyén stresszel teli helyzetekre adott válaszait többek között a megküzdés kuta-

tás vizsgálja. A **megküzdés** Lazarus szerint: „... minden olyan kognitív vagy viselkedési erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztenek az aktuális személyes erőforrásait” (idézi Oláh, 2005, 57.o.). A leggyakoribb megküzdési formák a problémaközpontú és az érzelempontú stratégiák. Ha közvetlenül a stresszelményt kiváltó helyzetre, a problémára összpontosít az egyén, azzal a céllal, hogy megpróbálja azt vagy elkerülni, vagy megváltoztatni, akkor **problémaközpontú stratégiákat** használ, ez aktív erőfeszítés. Ha azonban enyhíteni próbálja a stresszhelyzethez kapcsolódó érzelmi reakciókat, akkor **érzelempontú megküzdésről** van szó. Lazarus kutatásaiból kiderült az, hogy a problémafókuszú megküzdés gyakoribb olyan helyzetekben, amelyeket kihívásként értelmez a személy, míg egyértelmű kár és veszteség esetén az érzelmek szabályozása kerül előtérbe.

Vizsgálatunkban tehát a kiégés, az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás változóival dolgozunk.

A vizsgálat célja

Keresztmetszeti vizsgálatunk célkitűzései a következőkben foglalhatók össze:

1. ápoló-asszisztens és orvos-pszichológus csoportokban a kiégési szindróma prevalenciájának meghatározása,
2. az érzelmi munka jellemzőinek leírása a két foglalkozási csoportban,
3. a társas támogatás, valamint a megküzdés áttekintése, amelyek lehetséges erőforrásként szerepelhetnek a folyamatban,
4. annak megvizsgálása, hogy befolyásolja-e a kiégést az érzelmi munka, a megküzdés vagy a társas támogatás.

Vizsgálati módszerek és minta

Kutatásunk során kérdőíves módszert használtunk, a kérdőív kitöltése önkéntes és anonim módon történt. A kérdések egy része a munkával kapcsolatos tényezőkre, másik

része az egészséggel kapcsolatos jellemzőkre kérdezett rá. A kiégést a Maslach-féle kiégés kérdőívvel (MBI) (Maslach és Jackson, 1993), az érzelmi munkát a munkacsoportunk által validált Frankfurti Érzelmi Munka Skálával (FEWS) (Kovács és mtsai, 2008), a megküzdést a Konfliktusmegoldó Kérdőív rövidített változatával (Rózsa és mtsai, 2008; Kopp és Skrabski 1995), a társas támogatást a Caldwell-féle Társas Támogatás kérdőívvel mértük (Kopp és Skrabski 1995; Rózsa és mtsai 2003).

Az adatfelvétel 2008-ban történt, kérdőíves vizsgálatunkba 654 egészségügyi dolgozót próbáltunk bevonni, ám meglehetősen komoly ellenállással talákoztunk, mindössze 199 kitöltött kérdőívet kaptunk vissza. A válaszadási arány: 30,42%. A mintát a célkitűzéseknek megfelelően az ápoló – asszisztens (N=76) és az orvos – pszichológus (N=80) csoportokra osztottuk, így jelen tanulmányban 156 egészségügyi dolgozó válaszait elemezzük.

Az orvos – pszichológus csoportban az átlagéletkor 43,81 év, a legfiatalabb kérdőívkitöltő 25 éves, a legidősebb 75 éves. Átlagosan 45,39 órát dolgoznak hetente, mellékállással együtt 53,20 órát, átlagosan 16,02 éve dolgoznak ezen a pályán. Iskolai végzettség szempontjából – értelemszerűen – valamenynyien diplomások. 62%-uknak van valamilyen betegsége, tünete. 38,5%-uk gyógyszert is szed. 14,9%-ukat kezelték már valamilyen pszichés problémával.

Az ápoló – asszisztens csoportban az átlagéletkor 38,31 év, a legfiatalabb kérdőívkitöltő 22 éves, a legidősebb 56 éves. Átlagosan 42,01 órát dolgoznak hetente, mellékállással együtt 50,52 órát, átlagosan 15,62 éve dolgoznak ezen a pályán. Az iskolai végzettség szempontjából 5,3% szakiskolai, szakmunkás végzettségű, 30,7% szakközépiskolai, 13,3% gimnáziumi érettségivel rendelkezik, 22,7% felsőfokú képesítést szerzett, 25,3% főiskolai, 2,7% egyetemi diplomával rendelkezik. 73,3%-uknak van valamilyen betegsége, tünete. 44,7% gyógyszert is szed. 14,5%-ukat kezelték már valamilyen pszichés problémával. A két csoport további szocio-demográfiai jellemzőit az **I. táblázatban** mutatjuk be.

I. táblázat: A minta szocio-demográfiai jellemzői

	Orvos- pszichológus		Ápoló- asszisztens	
	N	(%)	N	(%)
Neme				
férfi	25	(31,2)	4	(5,3)
nő	55	(68,8)	72	(94,7)
Családi állapota				
egyedülálló	23	(28,8)	16	(21,1)
házas	34	(42,5)	31	(40,8)
együttélés	11	(13,8)	13	(17,1)
elvált	10	(12,5)	12	(15,8)
özvegy	2	(2,5)	4	(5,3)
Gyermeke				
nincs	33	(41,3)	30	(39,5)
van	47	(58,8)	46	(60,5)
1	12	(25,0)	15	(32,6)
2	24	(50,0)	20	(43,5)
3	6	(12,5)	11	(23,9)
≥4	6	(12,5)	-	-
Egészségügyi terület				
Pszichiátriai- pszichoterápiás ellátás	35	(43,8)	21	(27,6)
Onkológiai- hospice ellátás	14	(17,5)	23	(30,3)
belgyógyászat	14	(17,5)	9	(11,8)
fül-orr-gégész	3	(3,8)	-	-
sebészet	3	(3,8)	3	(3,9)
neurológia	-	-	4	(5,3)
bőrgyógyászat	1	(1,3)	2	(2,6)
egyéb	14	(17,5)	14	(18,1)

Eredmények, megbeszélés

Az adatok elemzését az SPSS 13.0 programcsomaggal végeztük el. Az egyes változók jellemzésére leíró statisztikát alkalmaztunk, átlag, szórás, valamint gyakoriság meghatározásával, a két foglalkozási csoport közötti különbségek vizsgálatára a nem paraméteres eljárások közül a Mann-Whitney tesztet alkalmaztuk. A változók közötti kapcsolat feltárására lineáris regresszió-elemzést végeztünk.

A kiégéssel kapcsolatos eredmények

Az ápolók csoportjában az érzelmi kimerülés átlaga 24,01 az orvosok csoportjában 21,49 - ezek az értékek közepes mértékű kiégést jelölnek. A deperszonalizáció átlagosan 6,28 az ápolóknál, ami közepes mértékű ki-

égésnek felel meg és 5,06 az orvosoknál, ami alacsony mértékű kiégésről tanúskodik. A személyes hatékonyság átlagértéke az ápolóknál 36,77 az orvosok csoportjában 38,90, a közepes mértékű kiégést éri el. A két foglalkozási csoportban a kiégés mértékének (alacsony, közepes, magas mértékű) prevalenciáját a **II. táblázat** szemlélteti. Az érzelmi kimerüléssel kapcsolatos eredményeink hasonlóak a hazánkban korábban leírtakhoz (Pikó, 2006; Ádám és mtsai, 2008). A deperszonalizáció értékét vizsgálva elmondható, hogy az általunk megkérdezett egészségügyi dolgozók átlagosan alacsonyabb pontszámot értek el a kiégés kérdőív ezen dimenziójában, mint a Pikó által megkérdezett nővérek. A személyes hatékonyság dimenziót vizsgálva a legmagasabb átlagértéket az általunk megkérdezett ápolók, illetve orvosok adták, szemben a másik két tanulmányban olvasottakkal.

II. táblázat: A kiégés mértékének prevalenciája és gyakorisága a két foglalkozási csoportban

	Érzelmi kimerülés		
	alacsony N (%)	közepes N (%)	magas N (%)
Orvos – pszichológus (N=78)	25 (32,1)	30 (38,5)	23 (29,5)
Ápoló – asszisztens (N=69)	19 (27,5)	22 (31,9)	28 (40,6)
	Deperszonalizáció		
	alacsony N (%)	közepes N (%)	magas N (%)
Orvos – pszichológus (N=77)	56 (72,7)	15 (19,5)	6 (7,8)
Ápoló – asszisztens (N=69)	46 (66,7)	16 (23,7)	7 (10,1)
	Személyes hatékonyságérzet		
	alacsony N (%)	közepes N (%)	magas N (%)
Orvos – pszichológus (N=72)	45 (62,5)	18 (25,0)	9 (12,5)
Ápoló – asszisztens (N=65)	34 (52,3)	13 (20,0)	18 (27,7)

Az ápolók és az orvosok kiégettsége között nem találtunk szignifikáns különbséget ($p \geq 0,05$), az ezzel kapcsolatos külföldi

szakirodalmak is ellentmondásosak, hiszen vannak tanulmányok, melyek az ápolók nagyobb veszélyeztetettségéről számolnak be (pl. Alacacioglu és mtsai, 2008, Hegedűs és mtsai, 2004), míg mások szerint az orvosok körében magasabb a kiegészítő tünetek előfordulása (pl. Sharma et al., 2008).

Az érzelmi munkában rejlő különbségek a két foglalkozási csoportban

A két foglalkozási csoport az általunk vizsgált változók közül az érzelmi munkában mutatta a legtöbb jelentős különbséget. Az ápolók - összehasonlítva az orvos és pszichológus kollégáikkal - magasabb érzelmi disszonanciáról ($p < 0.05$), alacsonyabb interakciós kontrollról ($p < 0.05$), alacsonyabb érzelmi kontrollról ($p < 0.01$) számoltak be. A kontrollal kapcsolatos eredmények arra utalhatnak, hogy a vizsgálatban részt vevő ápolók és asszisztensek úgy érezhetik, hogy a döntésekbe kevés beleszólásuk van. A kontrollt az autonómia egyik megnyilvánulási formájaként értelmezhetjük, és az ápolók az orvos-pszichológus csoporthoz képest még mindig kevesebb autonómiát éreznek a hierarchikus magyar egészségügyi rendszerben, ahol a tradicionális szerepek továbbra is fennállnak.

Az ápoló-asszisztens csoport másképpen gondolkodik az érzelmszabályozással kapcsolatos követelményekről: úgy érezték, hogy a betegekkel való kapcsolattartás során orvos kollégáikhoz képest ritkábban szükséges semleges érzelmeket kifejezniük ($p < 0.05$), és ritkábban kell megértést mutatniuk és ráhangolódniuk a betegekre ($p < 0.05$). Az érzelmszabályozásra vonatkozó elvárások összefüggésbe hozhatók a cselekvések hierarchikus szerveződésével, míg egy probléma-megoldásos feladat esetében magasak ezek a követelmények, addig a rutin cselekvések esetében alacsonyak (Zapf, 2002). Az ápolói, asszisztensi munka több rutin feladatot is tartalmaz (pl.: gyógyszerkiosztás, a betegek eligazítása, vizsgálatra küldése, injekció beadása, lázmérés), ez talán magyarázhatja a két csoport között talált különbségeket. Bár az ápolók körében az érzelmszabályozással kapcsolatos követelmények alacsonyabbak voltak, mégis ez a

csoport gyakrabban érzi, hogy olyan érzéseket kell a munkája során kifejeznie, amit valójában nem éreznek, ami nem egyezik a megélt érzésekkel. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy az érzelm kifejezéssel kapcsolatos munkakövetelmények magasabbak az orvos-pszichológus csoportban, míg az érzelmi disszonancia mint munkahelyi stressztényező inkább az ápolók munkájához kötődik.

Vajon honnan tudják az egészségügyi dolgozók, hogy munkájuk során milyen érzelmeket szükséges, szabad, nem szabad kifejezniük a betegekkel, páciensekkel való kapcsolattartás során? A kimutatási szabályokra vonatkozóan lényeges különbségeket találtunk a két csoport között. Az ápoló-asszisztens csoport az orvos-pszichológus csoporthoz képest szignifikánsan gyakrabban válaszolta azt, hogy „Én magam állítottam fel ezeket a szabályokat” ($p < 0.001$), és szignifikánsan ritkábban gondolta azt, hogy a kimutatási szabályokról a felettesétől ($p < 0.001$) vagy továbbképzéseken ($p < 0.001$) tájékozódott. Valószínű, hogy a felettesektől vagy a továbbképzéseken hallott információk megbízhatóbbak, és amennyiben belsővé válnak, normaként működnek, így könnyebben ellenőrizhetők, könnyebben kézben tarthatók, mint az önmaguk által felállított szabályok. Az ápolók és asszisztensek számára a kimutatási szabályok nem igazán voltak hozzáférhetők, ezért ahhoz további energiákat szükséges befektetniük, hogy hozzájussanak ezekhez a munkavégzést érintő fontos információkhoz, ez is okozhat érzelmszabályozási nehézségeket, érzelmi disszonanciát (Zapf, 2002).

Bár az általunk megkérdezett nővérek és asszisztensek úgy érezték, hogy a páciensekkel történő társas interakciókra kevés befolyást gyakorolnak, mégis ezeket az interakciókat irányító kimutatási szabályokat saját maguk alakítják ki, ebben a kérdésben önállóan döntenek. Az interakciós kontroll a munka felett érzett kontroll egy speciális formája (Zapf és mtsai, 1999), és számos tanulmány igazolta már azt, hogy az észlelt kontroll negatív hatást gyakorol a munkahelyi kiegészítésre (pl. Schmitz és mtsai., 2000).

A megküzdéssel és társas támogatással kapcsolatos eredmények

Az ápoló-asszisztens és az orvos-pszichológus csoportok között inkább hasonlóságokat találtunk, mint különbségeket e két változó kapcsán. A megküzdés tekintetében mindkét csoportban elsősorban a problémaközpontú stratégiákat használják az egészségügyi dolgozók. Átlagosan ritkábban választják az érzelmközpontú megküzdési stratégiák nem adaptív formáit (pl. evés, ivás, dohányzás - az általunk használt kérdőív erre összpontosított). Amikor a Konfliktusmegoldó kérdőív egyes tételeit elemeztük, akkor is hasonló eredményeket találtunk, vagyis ebben a vizsgálatban szereplő orvosok és ápolók nagyon hasonló mértékben alkalmazzák az általunk megkérdezett coping stratégiákat (pl.: a probléma elemzése, humor, tanácskérés, másokon levezetni a feszültséget) nehéz élethelyzeteikben. Korábbi vizsgálatunk eredményeit nem sikerült igazolnunk, hiszen akkor a két foglalkozási csoport megküzdését vizsgálva statisztikailag jelentős különbségeket találtunk (Hegedűs és Kovács, 2008).

A társas támogatás tekintetében szintén nagyon hasonló kép rajzolódott ki. Az eredmények azt jelzik, hogy az orvos-pszichológus csoport nehéz élethelyzetében

leginkább a barát, a szülő és a gyermek segítségére számíthat, az ápoló-asszisztens csoport pedig - sorrendben - a barát, a gyermek és az élettárs támogatásában bízik. **(III. táblázat)** Tehát ebben a vizsgálatban is látható, hogy a nehéz helyzetekben nem elsősorban a családra számíthatnak az egészségügyi dolgozók (ld. Szabó és mtsai, 2008). A két csoport társas támogatási hálóját vizsgálva egyetlen tényező mentén, a szomszédtól kapott társas támogatásban találtunk szignifikáns különbséget ($p < 0.05$), a különbség abból adódott, hogy az orvos-pszichológus csoport 45%-a választotta, azt, hogy egyáltalán nem számíthat a szomszédjára, míg az ápolóknak csupán 30%-a érezte így. Az ápoló-asszisztens csoport tagjai gyakrabban számíthatnak szomszédjaik segítségére, mint orvos-pszichológus kollégáik, ám meg kell jegyezni, hogy ez a segítségnyújtás átlagát tekintve elenyésző. Eredményeink egészen másképp alakultak, mint ahogyan arra korábbi, 2005-ös vizsgálatunk alapján számítottunk (Hegedűs és Kovács, 2008). Akkor a társas támogatást vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy ahol különbség adódott az orvos-pszichológus és az ápoló csoportok mutatóiban, ott minden esetben az adott erőforrást az orvos-pszichológus csoport élvezhette inkább.

III. táblázat: A Caldwell-féle társas támogatás leíró statisztikája az ápoló-asszisztens és az orvos-pszichológus csoportban

	orvos-pszichológus M (SD)	ápoló-asszisztens M (SD)	Különbséget vizsgáló próba eredménye
Szülő	2.00 (1.17)	1.95 (1.17)	NS
Szülő, amíg élt	2.15 (0.92)	2.03 (1.16)	NS
Házastárs	2.04 (1.05)	1.69 (1.24)	NS
Házastárs, amíg élt	1.14 (1.46)	0.87 (1.12)	NS
Élettárs	1.78 (1.12)	2.03 (1.04)	NS
Iskolatárs	1.14 (0.96)	1.05 (0.89)	NS
Szomszéd	0.71 (0.89)	0.96 (0.81)	Z = -2.119*
Munkatárs	1.91 (0.86)	1.96 (0.86)	NS
Barát	2.41 (0.69)	2.49 (0.65)	NS
Gyermek	2.08 (0.96)	2.16 (1.01)	NS
Rokon	1.67 (0.93)	1.57 (0.98)	NS
Segítő foglalkozású	1.27 (1.03)	0.98 (1.10)	NS
Egyház	0.60 (0.92)	0.54 (0.86)	NS
Egyesület, polgári csoport	0.45 (0.81)	0.40 (0.79)	NS

* $p \leq 0,05$

Mely változók gyakorolnak hatást az ápolók és az orvosok kiegészésére?

A kérdés megválaszolására mindkét foglalkozási csoportban lineáris regresszió elemzést végeztünk, amely egyértelműen igazolta, hogy a két csoportban különböző változók befolyásolják jelentősen a kiegészés kérdőívén elért pontszámok alakulását. Elsőként az érzelmi munka, majd a megküzdés kiegészésre gyakorolt hatását elemezzük (**IV. táblázat**). A táblázatban közölt adatokra vonatkozóan az F-próba minden esetben szignifikáns volt, ezt külön nem tüntetjük fel.

Az érzelmi munka az ápoló-asszisztens csoportnál 29%-ban magyarázza az érzelmi kimerülés varianciáját. Az érzelmi munka

dimenziói közül az érzelemszabályozás zavaraként definiált érzelmi disszonanciának van meghatározó szerepe, igen erős hatást gyakorol az ápolók érzelmi kimerülésére (lásd β értéket). Az érzelmi munkának az érzelmi kimerülésre gyakorolt hatása még erőteljesebben jelentkezik, amikor az orvospszichológus csoport adatait elemezzük. Ebben a csoportban az érzelmi munka 40%-ban magyarázza az érzelmi kimerültség varianciáját, vagyis az érzelmi kimerülés skálán elért pontszámokat 40%-ban magyarázzák az érzelmi munka skálán elért pontszámok. Ám az ápolókkal ellentétben nem az érzelmi disszonancia, hanem a követelmény változók közül a negatív és semleges érzelmek kifejezésével kapcsolatos elvárások bizonyultak jelentős tényezőkné. A negatív

IV. táblázat: Lineáris regresszió elemzés a kiegészésre a két foglalkozási csoportban

	Függő változó	Független változók	Standardizált koefficiens β	t-test	R2
Ápoló-asszisztens csoport	Érzelmi kimerülés	Érzelmi disszonancia	0,425	2,661*	0,29
Orvos-pszichológus csoport	Érzelmi kimerülés	Negatív érzelmek kifejezése Semleges érzelmek kifejezése	0,392 0,353	2,092* 2,396*	0,40
	Deperszonalizáció	Negatív érzelmek kifejezése	0,660	3,345**	0,33
Ápoló-asszisztens csoport	Érzelmi kimerülés	Érzelempontú megküzdés	0,466	4,020***	0,22
	Személyes hatékonyság	Problémaközpontú megküzdés	0,520	4,358***	0,25
Orvos-pszichológus csoport	Deperszonalizáció	Érzelempontú megküzdés	0,313	2,649**	0,09
	Személyes hatékonyság	Problémaközpontú megküzdés	0,369	3,155**	0,13

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Megjegyzés: a táblázatban csak a szignifikáns eredményeket tüntettük fel, az elemzéskor a modellben a következő független változókkal dolgoztunk:

Érzelemszabályozás követelményváltozói – Pozitív érzelmek kifejezése, Negatív érzelmek kifejezése, Semleges érzelmek kifejezése, Szenzitivitással és együttérzéssel kapcsolatos követelmények;

Érzelemszabályozási lehetőségek – Érzelmi kontroll, Interakciós kontroll;

Érzelemszabályozás zavara – Érzelmi disszonancia.

Az R2 értékei minden esetben a modell egészére vonatkoznak.

érzelmei kifejezése skálán elért pontszámok nem csak az érzelmi kimerülést, hanem a deperszonalizáció skála pontértékeit is jelentősen befolyásolják az orvos-pszichológus csoportban. A kiegészítő dimenziói közül a személyes hatékonyság skála pontértékeit nem befolyásolja az érzelmi munka változó.

Ezt követően a megküzdés két típusát, az érzelmi központú és a problémaközpontú megküzdést független változóként emeltük be a regressziós modellbe. Ezúttal is külön vizsgáltuk a két foglalkozási csoportot. Az ápolók csoportjában az érzelmi központú megküzdési stratégiák gyakoribb alkalmazása a kiegészítő érzelmi kimerülés dimenzióján elért pontszámot befolyásolhatja, míg a problémaközpontú stratégiák használata a személyes hatékonyság skálán elért pontszámot befolyásolja. Ez utóbbi összefüggést az orvos-pszichológus csoportban is sikerült igazolni. Az érzelmi központú megküzdés az orvos-pszichológus csoportban a deperszonalizációra volt hatással.

Következtetések, javaslatok

Vizsgálatunk egyik hozadékaként megemlíthető, hogy alátámasztja azt az elképzelést, miszerint a kiegészítő kialakulásáért nem kizárólag a munkahelyi stressz-tényezők felelősek, hanem az érzelmi munka is. Ezzel beemeljük a prevenció és intervenció eddig ismert és használt lehetőségei közé az érzelmi munkáról való gondolkodást. A két foglalkozási csoport adatainak elemzésekor felvetődött különbségek mindenképpen a foglalkozásra nézve specifikus megelőzés kérdéseire irányítják a figyelmünket. Az érzelmi munka az ápoló és gyógyító kapcsolatok

lényeges eleme, erre az egészségügyi dolgozók kevésbé vannak felkészítve. Az ápolók a betegekkel történő interakcióban megjelenő érzelmei szabályozásáról önállóan döntenek, ehhez ritkán kapnak támogatást hiteles forrásból (a vezetés részéről vagy továbbképzések során). Az, hogy az ápolók és asszisztensek számára kevésbé van meg a kimutatási szabályokhoz mint a munkavégzést érintő fontos információkhoz való hozzáférés, erősítheti a merev hierarchiát az orvosok és az ápolók között – lehet, hogy ennek fenntartásához bizonyos érdekek is fűződhetnek – és nehezítheti az orvos-ápoló-beteg közötti interakciót.

Az ápolók kimutatási szabályokkal kapcsolatos bizonytalansága érzelmi disszonanciához vezethet, amelynek egészségre gyakorolt negatív hatása jól ismert a szakirodalomból: Zapf (2002) a pszichoszomatikus panaszok, az irritáltság és az érzelmi disszonancia között pozitív kapcsolatot talált. A negatív és disszonáns érzelmei közvetlenül és közvetetten is befolyásolják az életminőséget, az élettel való elégedettséget (Zammuner et al., 2003). Az orvos-beteg, illetve ápoló-beteg interakciókat szabályozó kimutatási szabályokra azért is érdemes figyelni, mert a kimutatási szabályokat elfogadva a munka érzelmi követelményeivel szemben nem a deperszonalizációt használják majd megküzdésként. A megelőzés és az intervenció során az ápolók esetében a stresszorra, az érzelmi disszonanciára, míg az orvosok, pszichológusok esetében a munkakövetelményekre, különösen a negatív és a semleges érzelmei kezelésének és kimutatásának követelményére kell helyezni a hangsúlyt.

Irodalomjegyzék

1. Alacacioglu, A. et al. (2008): Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18, 5, 543-548.
2. Ádám, Sz., Györffy, Zs., Susánszky, É. (2008): Physician burnout in Hungary. *Journal of Health Psychology*, 13, 7, 847-856.
3. Ádám, Sz. et al. (2009): Gyakori a magas fokú kiegészítő a háziorvosok és a háziorvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap*, 150, 7, 317-323.
4. de Jonge, J. et al. (2008): Emotional job demands and the role of matching job resources: A cross-sectional survey study among health care workers.

- International Journal of Nursing Studies, 45, 10, 1460-1469.
5. Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
6. Hegedűs, K., Riskó, Á., Mészáros, E. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae*, 14, 11, 786-793.
7. Hegedűs, K., Kovács, M. (2008): A munkahelyi stressz szerepe az egészségügyben, *Hippocrates*, 10, 2, 60-64.
8. Karasek, R.A. (1979): Job decision latitude, job demands and mental strain: Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly*, 24, 285-308.
9. Kopp, M., Skrabski, Á. (1995): Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Corvinus Kiadó, Budapest
10. Kovács, M. (2006): A kiegészítés jelensége a kutatási eredmények tükrében, *Lege Artis Medicinae*, 16, 11, 981-987
11. Kovács, M., Kovács, E., Hegedűs, K. (2008): Az érzelmek szerepe a lelki kiegészítés alakulásában, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 3, 199-216.
12. Maslach, C., Jackson, S. E. (1993): Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed). Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA
13. Molnár, E. (2002): Az ápolók egészségi állapota – 2001. *Nővér*, 15, 4, (http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2002/200204/2002_04.htm#2 2009. 06. 26.)
14. Oláh, A. (2005): Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei, Trefort Kiadó
15. Piko, B.F., (2006): Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
16. Rózsa, S. et al. (2003): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18, 2, 83-94.
17. Rózsa, S. et al. (2008): A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 9, 3, 217-241.
18. Schmmitz, N., Neumann, W., Oppermann, R. (2000): Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 2, 95-99.
19. Sharma, A. et al. (2008): Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Disease*, 10, 4, 397-406.
20. Szabó, N. et al. (2008): Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21 (1): 10-17.
21. Szemlédy, I. (2004): A kiegészítés jelenségének vizsgálata dializáló ápolók körében. *Nővér*, 17, 3, (http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2004/2004_03.htm#2 2009. 06. 26.)
22. Szicsek, M. (2004): Kiegészítés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón, Thanatológiai Szemle*, 8, 1-2, 88-131.
23. Zammuner, V. L., Lotto, L., Galli, C. (2003): Regulation of Emotions in the helping professions: nature, antecedents and consequences. *Australian e-Journal of Advancement of Mental Health*, 2, 1, 1-13.
24. Zapf, D. et al. (1999): Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.
25. Zapf, D. (2002): Emotion work and psychological strain: A review of the literature and some Conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237 - 268.

The correlations between emotional work, emotional dissonance and burnout among health workers

Kovács, M., Hegedűs, K.

Aim of the study: To determine the position of burnout syndrome within the theoretical framework of emotional work, to determine the prevalence of burnout syndrome in groups of nurses/assistants and doctors/psychologists, to describe the characteristics of emotional work, peer support and struggle in the two vocational groups, and their connection with the phenomenon of burnout.

Methodology and sample: A total of 199 health workers took part in the questionnaire-based survey; in this study we analyse the responses given by 156 nurses, assistants, doctors and psychologists.

Results: In an examination of burnout, struggle and peer support we found similarities, but also significant differences between the two vocational groups, in respect of the emotional work that is a considerable factor contributing to burnout. Burnout was influenced by emotional dissonance in the case of nurses, and by the requirement to express neutral and negative emotions in the case of the doctors.

Conclusions: In the light of the results, there is clearly a need to elaborate vocation-specific prevention and intervention strategies. In the case of the nurses especially, attention should be drawn to the emotional dissonance that has a negative impact on the state of health.

Gratulálunk!

2009. augusztus 20-i állami ünnepünk alkalmából az egészségügyi miniszter állami kitüntetésekkel adta át

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

Radiológiai szakasszisztensként végzett kiemelkedő munkája elismeréseként
Lukovich Tamásné, az Állami Egészségügyi Központ vezető asszisztense

A betegápolás terén kifejtett több évtizedes kiemelkedő szakmai és vezetői tevékenysége elismeréseként
Marton Ferencné, a Kanizsai Dorottya Kórház ápolási igazgatója

Több évtizedes kiemelkedő ápolói szakoktatói és vezetői tevékenysége elismeréséül

Simon Ilona, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Stratégiai Igazgatóság klinikai főnövére

A betegápolás terén kifejtett közel öt évtizedes példamutató gyakorlati, elméleti és vezetői tevékenysége elismeréséül

Somogyvári Zoltánné, a Szent János Kórház Budai Egészségügyi Regionális Centrum nyugalmazott ápolási igazgatója

Három évtizedes szülész női, valamint ápolási igazgatóként végzet kiemelkedő munkájáért

Szabó Gyuláné, a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórház ápolási igazgatója

A tűszúrásos balesetek helyzete egészségügyi szakdolgozók körében 2006 és 2008 között

Dr. Balogh Zoltán, Ph. D.

*főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi Tanszék
elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara*

Babonits Tamásné

*ápolási igazgató, Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézet
alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara*

Somogyvári Zoltánné

*ny. ápolási igazgató, Szent János Kórház
leköszönt alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara*

Dr. Öreg Zsolt

*főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,
Informatikai és Orvostechikai Tanszék*

Összefoglaló

A vizsgálat célja: nemzetközi iránymutatások és a témakört vizsgáló kutatások tapasztalatai alapján átfogó, a tűszúrásos balesetek hazai helyzetét feltáró kutatást végeztünk 2006 és 2008 őszén a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagjai körében. A vizsgálat célja kettős volt: egyfelől feltárni a szakdolgozók érintettségének alakulását, másfelől felhívni a szakmai és gazdasági döntéshozók figyelmét a téma fontosságára és aktualitására.

Vizsgálati módszer és minta: az alkalmazott önkitöltős kérdőív összeállításánál a szerzők felhasználták egy svédországi 2005-ben történt vizsgálat tapasztalatait. A mintaválasztás reprezentatív módon, az egyes szakképzettségek területi és életkori megoszlásának figyelembe vételével történt. Az első minta elemszáma 4789, a másodiké 3824 fő volt. A kapott adatokat SPSS program segítségével dolgozták fel, az eredményeket a leíró és összehasonlító statisztika módszereivel jelenítették meg.

Eredmények: a válaszadók 86 százaléka munkája során már megszurta, illetve megvágta magát. A műtős szakasszisztensek a legveszélyeztetettebbek (96%, illetve 100%), de a képzőképző diagnosztika területén dolgozók közel 60 százaléka is előfordult már ilyen eset. Az arányok szakmacsoportonként eltérőek. Statisztikailag is bizonyítható összefüggéseket lehetett találni a tűszúrásos balesetek előfordulása és a munkaterületek között.

A probléma ismertetése

A világ számos országában egyre növekvő ápolói létszámhiány alakult ki. Az ápolás és az egészségügy területén tapasztalható krízishelyzettel az Egészségügyi Világszervezet egy nagyobb lélegzetvételű tanulmánya 2006-ban foglalkozott először globálisan. E szerint számos bizonyíték támasztja alá,

hogy az ápolói létszámhiány miatt nő a kórházi kezelés hossza, a halálozás, valamint a megelőzhető nemkívánatos események száma. A rossz munkakörülmények említethetők meg az egyik legfőbb olyan okként, ami az ápolói társadalom létszámának csökkenését eredményezheti. A nem megfelelő munkakörülmények, azaz például az állandó stressz, a fokozott statikus munkaterhelés, a hosszú

munkarendben, ügyeleti rendszerben történő tevékenykedés, az ápolási eszközök hiánya vagy rossz minősége, illetve ezek mellett a szakmai és társadalmi megbecsültség csökkenése vagy teljes hiánya vezethetnek oda, hogy az ápolók testi és lelki egészsége megbomlik, idő előtti kiegészítés következik be.

Elméleti háttér

Európában évente mintegy egymillió egészségügyi dolgozó sérül meg használt injekciós tűtől (EFN supports European Campaign A, 2006). Az Amerikai Egyesült Államokban éves szinten ezen balesetek számát 6–800 ezerre becsülik. (Bandolier Extra, 2003). Az ilyen balesetek súlyos következményekkel járhatnak, akár HIV-, akár a hepatitis B- vagy C-fertőzés következtében (CNOHSR, 2003; Slater, K, Whitby, M, 2007). Éppen ezért az Európai Parlament tűszúrásos balesetekkel foglalkozó szakbizottsága az uniós jogalkotással is erősíteni kívánja a veszélynek kitett szakdolgozók és orvosok védelmét. Stephen Hughes brit szocialista európai parlamenti képviselő saját kezdeményezésű jelentésében a tűszúrás által okozott, véráram útján terjedő betegségeknek kitett egészségügyi dolgozók jobb védelméről írt. A jelentés szerint „a nagy kockázattal járó eljárások közé tartozik a vérvétel, az intravénás kanül behelyezése, valamint a bőrbe, illetve a bőr alá történő tűszúrásos beavatkozások. Már kis mennyiségű vér is potenciálisan életveszélyes fertőzést okozhat. A fertőzési kockázat különböző tényezőktől függ, így például a beteg fertőzési állapotától, a beteg vírusterhelésétől, a munkavállaló immunológiai állapotától, a sérülés mélységétől, az átkerült vér mennyiségétől, a sérülés és a seb fertőtlenítése között eltelt időtől, valamint az expozíciót követő prophylaxis rendelkezésre állásától és alkalmazásától” (EFN supports European Campaign B, 2006). A tűszúrásos balesetek számáról, valamint az előfordulás gyakoriságáról, a szükséges intézkedések, valamint a megelőzés formáiról lehetőségeiről ez idáig csekély számban készültek átfogó tanulmányok (Bandolier Extra, 2003). Éppen az Európai Parlament szakbizottságának mun-

kája kapcsán látott napvilágot 2006-ban az a tanulmány, amely Svédországban készült, és a balesetek kialakulásának körülményeit, gyakoriságát próbálta feltárni. „A biztonságos eszközök bevezetése jelentősen csökkentheti a tűszúrás által okozott sérülések számát. Ettől függetlenül azonban a rendszeres továbbképzések és szervezeti intézkedések is lényegesen mérsékelhetik a tűszúrás által okozott sérülések számát. Ezért a biztonsági funkciókkal rendelkező eszközök felhasználása mellett hangsúlyt kell fektetni a szervezeti intézkedésekre is, így például a rögzített munkafolyamatokra, a dolgozók képzésére és oktatására valamint a tevékenységek kockázatos voltának tudatosítására.” – áll a tanulmányban. A jelentés ismerteti a védelmet célzó jelenlegi jogi szabályozást. A jelentéstevő úgy véli, „bár a jelenlegi jogszabályok elméletben kitérnek a tűszúrás okozta sérülések kockázatára, azonban a gyakorlatban ez nem játszik szerepet”. A szöveg ezután részletesen ismerteti a javasolt jogszabálymódosításokat, például minimalizálni kellene a kanülok használatát, valamint „a tű által okozott sérülések kockázatát magukban hordozó munkahelyi gyakorlatokat biztonságosabbá tétele érdekében módosítani kell, és meg kell szüntetni a többször használatos tűk igénybe vételét”. A jelentés szerint „az összes dolgozót – különösen a kanülok bevezetését végző munkavállalókat – fel kell készíteni a tűk és más éles orvosi eszközök biztonságos használatára és ártalmatlansítására, a tárolásukra szolgáló tartályok használatára, valamint a hulladékok elhelyezéseiben való megfelelő lezárására”. A brit képviselő szerint a tűkkel és más éles orvosi eszközökkel érintkezésbe kerülő munkavállalóknak – ahogy az a magyar gyakorlat szerint is történik – fel kell kínálni a Hepatitis B elleni védőoltást, továbbá a tűk vagy éles orvosi eszközök által okozott sérüléseket külön nyilvántartásban kell dokumentálni (European Parliament, 2007).

Minden esztendőben a genfi székhelyű, jelenleg 131 ápolásszakmai szervezetet tömörítő Ápolók Nemzetközi Tanácsa kijelöli azt a témakört, amivel az évben a nemzetközi felmérések, kutatások foglalkoznak. 2007-ben a téma a „Biztos szakmai környezet:

minőségi munkahelyek, minőségi betegellátás” volt. Mi jelentheti az egészségügyben a biztos szakmai környezetet? Olyan innovatív szakmapolitikai eszmerendszer alkalmazását, ami a szakemberek toborzását és megtartását helyezi a középpontba, valamint a folyamatos szakmai fejlődésre és javításra törekvő stratégia kialakítását, és a jövő szakembereit, ápolóit kellő színvonalon képző minősített szakmai programok működtetését. Ezen kívül jelentheti még a munkaerő – értékén és teljesítményén alapuló – megbecsülését, vagy az elegendő és megfelelő eszközök, egyéb felszerelések biztosítását, továbbá a biztonságos munkakörnyezet megteremtését (ICN, 2007).

A hazainál fejlettebb egészségkultúrával és ellátórendszerrel rendelkező országokban – így az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában, az Egyesült Királyságban, valamint Németországban – készült felmérés szerint a kórházi ellátásban dolgozók több mint 40 százaléka elégedetlen munkájával, a megkérdezettek közel negyede tervezi elhagyni pályáját kevesebb, mint egy éven belül. A kutatók egyértelmű összefüggést találtak a munkahelyi stressz, az ápolói morál, a dolgozói elégedetlenség és a pályaelhagyási szándék között.

Az Amerikai Ápolók Egyesülete 2008-ban önkéntes alapon, közel 700 ápoló bevonásával végzett felméréséből megállapítható, hogy a megkérdezettek közel kétharmada (64%) sérült már meg munkája során tűszúrásos baleset következtében. Ennek okaként elsősorban a növekvő munkahelyi terhelést (87%) és a stresszt (84%) említették. A tűszúrásos balesetet elszenvedett ápolók közel két ötöde (39%) nem tartja fontosnak az eseményt, így nem is tesz jelentést, vagy nem kezdeményez gyógyító- megelőző intézkedést. Noha a megkérdezett amerikai ápolók jelentős része (71%) ismeri a 2001-ben életbe lépett, a tűszúrások megelőzéséről és a biztonságról szóló törvényt, ugyanakkor meghatározó többségük (62%) további információkat szeretne a mindennapi szakmai gyakorlat során alkalmazandó intézkedésekről. A tájékoztatást elsősorban az Amerikai Ápolók Egyesületétől várják (56%), de jelentős volt azon válaszadók véleménye,

akik a szakmai konferenciák, megbeszélések (35%), valamint a folyamatos továbbképzési programokat (33%) említették (ANA, 2008).

Az angol Ápolók Királyi Kollégiuma (RCN) szintén 2008-ban készített országos tanulmánya szerint a 4700 válaszadó közel fele volt érintve munkája során a tűszúrásos sérülésben, s a válaszadók mintegy 10%-nál pedig az elmúlt egy év során is előfordult ilyen típusú baleset (Mooney, H. 2009 A). A kutatás eredményei jelentős mértékben befolyásolták a brit döntéshozókat abban, hogy lépéseket tegyenek mind nemzeti, mind pedig európai szinten a munkahelyi balesetek visszaszorítása érdekében (www.nursingtimes.net, 2009). A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) is egy európai szintű irányelv alkalmazásának fontosságára hívta fel a figyelmet (Mooney, H. 2009 B).

A nemzetközi tanulmányok mellett az is jól látható, hogy elsősorban a fejlődő ázsiai, afrikai országokból, valamint az Európai Unió 2004-ben és 2007-ben csatlakozott országaiból ápolók ezrei indulnak el a magasabb fizetés, a jobb élet- és munkakörülmények reményében a fejlett egészségügyi rendszerrel rendelkező országok felé. Ezért – az ápolói munkaerőhiány következtében kialakuló krízis átfogó vizsgálata alapján – az Ápolók Nemzetközi Tanácsa a probléma kezelésére prioritásokat fogalmazott meg. Az ápolók, az ápolási szervezetek és az egészségügyi szektor képviselőinek közös feladata, hogy a beteg igényeinek megfelelően meghatározzák a szükséges ápolási szinteket, adatokat gyűjtsenek, és további felméréseket készítsenek (ICN, 2007).

A vizsgálat célja

Nemzetközi iránymutatások és a témakört vizsgáló korábbi kutatások tapasztalatai alapján átfogó, a tűszúrásos balesetek hazai helyzetét feltáró kutatást végeztünk 2006 és 2008 őszén. A vizsgálat célja kettős volt: egyfelől feltárni a szakdolgozók érintettségének alakulását, másfelől felhívni a szakmai és gazdasági döntéshozók figyelmét a téma fontosságára, a már megkezdett fejlesztési folyamatok továbbvitelére.

A vizsgálat tárgya

A kutatás tárgya annak vizsgálata volt, hogy az egészségügyi ágazatban tevékenkedő szakdolgozók milyen mértékben érintettek a tűszúrásos és vágásos balesetek tekintetében. A kutatás során vizsgáltuk, hogy mely tényezők befolyásolják a balesetek kialakulását, s hogy az egészségügyi ellátórendszerben bekövetkezett struktúraváltás vajon hatással volt-e a balesetek gyakoriságára. Ugyancsak a vizsgálat tárgyát képezte az, hogy megismerjük a dolgozók és a munkáltatók reakcióit, melyet a balesetek megelőzése érdekében tettek, valamint a már kialakult helyzetekben tett intézkedéseket. A második vizsgálat további tárgya volt annak vizsgálata, hogy a szakdolgozók reakciói változtak-e a 2006 és 2008 közötti időszakban.

A vizsgálati módszer

Vizsgálat során alkalmazott önkitöltős kérdőív összeállításánál a szerzők felhasználták egy Svédországban történt 2005. évi vizsgálat tapasztalatait (www.vardforbundet.se). A kutatást név nélküli, önkitöltős kérdőíves felmérés módszerével, a kutatás során alkalmazandó etikai szabályok betartásával végeztük. Az általunk alkalmazott kérdések alapját egy már korábban használt svéd kérdőív adta. Ezt a kérdőívet magyarra történő fordítása után a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara felmérésben érintett tagozatainak véleményét is figyelembe véve fejlesztettük tovább. Az így adaptált felmérési eszközt a szélesebb körben történő alkalmazás előtt, próbafelmérés keretében a Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház ápolási szakembereinek bevonásával teszteltük. A végső kérdőív 33 zárt, valamint 1 nyitott kérdésből állt. A Kamara Területi Szervezeteinek fekvőbeteg ellátásáért felelős alelnökei igen jelentős szerepet töltöttek be a kutatás szervezési feladataiban (kérdőívek szétosztása, begyűjtése és továbbítása), ezért őket csoportos értekezlet keretében készítettünk fel az elvégzendő feladatokra, a határidők pontos betartására. Az országos felméréseket 2006 és 2008 őszén (szeptember-október) a

Kamara Területi Szervezeteinek bevonásával végeztük. A vizsgálat során begyűjtött kérdőíveket összességében és szakmacsoportonként is SPSS statisztikai program segítségével dolgoztuk fel, az eredményeket a leíró és összehasonlító matematikai statisztikai módszerrel jelentettük meg. Szignifikancia szint megállapításához χ^2 próbát alkalmaztunk.

Hipotéziseink

Feltételeztük, hogy:

- a tűszúrás és vágás okozta sérülések gyakorisága nőtt hazánkban az elmúlt két esztendőben,
- a sérülések legfőbb okát hazánkban az előre nem látható, váratlan események, valamint a hiányos és hibás védőfelszerelések jelentik,
- kollégáink tisztában vannak a balesetek kockázatával, de nem megfelelő módon és mértékben jelentik az elszenvedett eseményeket, azonban e tekintetben javuló tendencia mutatható ki.

A vizsgálati minta jellemzői

A kutatás mintájának összeállításakor a kiindulási alapot a korábban már említett svéd felmérés adta. Az eredeti felmérésben a célcsoportot elsősorban az újszülött- és gyermekosztályokon, a klinikai laboratóriumokban, valamint a fertőző betegellátás területén dolgozó szakemberek alkották. A hazai vizsgálatba a betegágy mellett dolgozó ápolókon, szakápolókon kívül műtős-, aneszteziológus-, a képalkotó diagnosztika területén dolgozó-, klinikai laboratóriumi szakasszisztenseket, valamint szülésznőket és a mentésügyben dolgozó ápolókat és mentőtiszteket vontunk be.

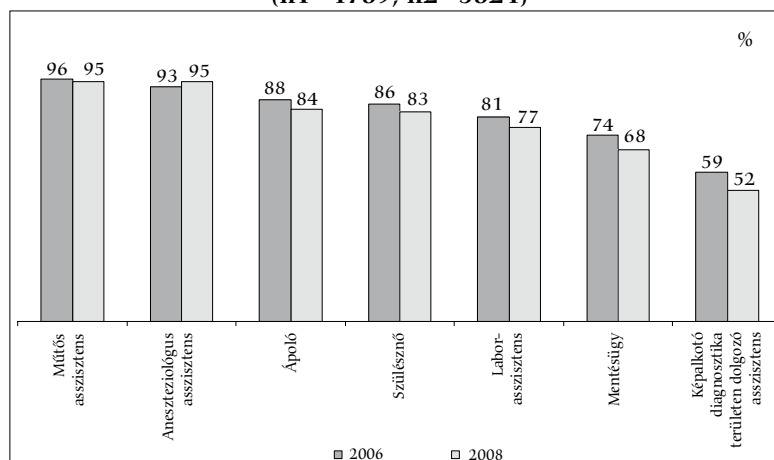
A felmérés mintája reprezentatív, 10%-os volt. Az Országos Működési Nyilvántartás adatbázisa alapján, megyénként és a fővárosban előre meghatározott módon, a szakképzettség és életkori megoszlás figyelembevételével alakítottuk ki a vizsgálati csoportokat. A minta összeállításánál az egyes életkori csoportokhoz tartozó létszámot, va-

lamint az egyes szakképesítési csoportokba tartozóknak a teljes sokaságban képviselt arányát vettük figyelembe.

Az első vizsgálat során kiküldött kérdőívek száma összesen 5000 darab volt, mely közül határidőre, 4789 darab értékelhető érkezett vissza. Ez a 95,8%-os visszaküldési arány igen magas, mely az alapos előkészítésnek és a kutatásban résztvevő kollégák felelősségteljes munkájának volt köszönhető. A

asszisztens és az egyéb területeken dolgozók vannak kitéve a veszélynek: körükben a dolgozók 59, illetve 52 százalékaival előfordult már ilyen eset. Egy közbelső kategóriát képviselnek a mentésügyben dolgozók és a laboratóriumi asszisztensek, míg a fennmaradó szakmák alkotta csoportban a legveszélyeztetettebbek a műtős szakasszisztensek 96, illetve 95%-os eredménnyel. ($p < 0,005$). (1. ábra)

1. ábra: Tűszűrő balesetek előfordulása szakképesítésenként, %
($n_1 = 4789$, $n_2 = 3824$)



második vizsgálat során szintén 5000 darab kérdőívet juttattunk el a területekre, mely közül határidőre 3824 darab értékelhető érkezett vissza. Ez a 76,5%-os visszaküldési arány szintén magasnak mondható.

Eredmények

Munkája során szinte valamennyi megkérdezett naponta többször is kapcsolatba került szűrő, vágó eszközökkel, valamint vérrel. Ez az arány még a képzőterületi diagnosztika területén dolgozóknál is 94,3 százalék, de számos szakterület esetében 100 százalékos. A válaszadók 86, illetve 83 százaléka munkája során már megszurta, illetve megvágta magát. Az arányok szakmacsoportonként eltérőek, a minta nagy száma lehetővé tette, hogy az egyes szakmák között veszélyességi fokozatokat állítsunk fel. E szerint szignifikánsan három csoport különíthető el. Legkevésbé a képzőterületi diagnosztika területén dolgozó

Az egyes szakmákat tekintve mindegyikre igaz, hogy több mint 90%-ban kapcsolatba kerülnek a dolgozók szűrő- és vágó eszközökkel, illetve vérrel. Ha a szakmában eltöltött időt és a kapcsolatba kerülést vetjük össze, nincs a csoportok között szignifikáns eltérés összességében és szakmánként sem ($p > 0,005$), azaz bármely szakmát tekintve rögtön felmerül ez a veszélyhelyzet. Elmondható, hogy gyakoriság szempontjából éppen a pályakezdők között fordult elő a legtrikábban ilyen esemény (53,6% ill. 64,3%), míg a többi korcsoportnál ez az arány 78,4% ill. 89,3% között változott.

A szakmában eltöltött idő és a baleset bekövetkezése között a kritikus időszak az első év, a következő váltás a 10. év eltelte. Ezt követően már nincs szignifikáns különbség. Az 1-10 éves periódus ugyan összességében elkülönül a hosszabb szakmában töltött idő kategóriáktól, de ez három szakmának köszönhető: ápoló, mentésügy és egyéb. A többi szakmában ez az elkülönülés már nem mutatható ki, és az összességre pedig az ápolók nagy száma adja a döntő hatást.

Az első 1 év elkülönülése is szakmai megosztottságot mutat. A kevés számú műtősszisztens már ezen időszakban is szenvedett balesetet, aneszteziológus asszisztens pedig nem is volt ebben a kategóriában. A vizsgálat bizonytalanságát azonban növeli, hogy a vizsgálati mintában kevés a rövid szakmai múlttal rendelkező korosztály. Ez az összefüggés csak az ápolók és a mentőügyben dolgozók esetében szignifikáns, ami a nagyarányú képviselet miatt a teljes mintán is megjelenik. Az is kétségtelen, hogy a képalkotó diagnosztika területe az, ahol ez az elkülönülés biztosan nem jelenik meg. A többi szakmánál 10% körül mozog annak valószínűsége, hogy ez a kategória szignifikánsan nem más, mint a többi a balesetek bekövetkezési arányát tekintve.

A két vizsgálatban nem mutatható ki szignifikáns különbség a balesetek be-

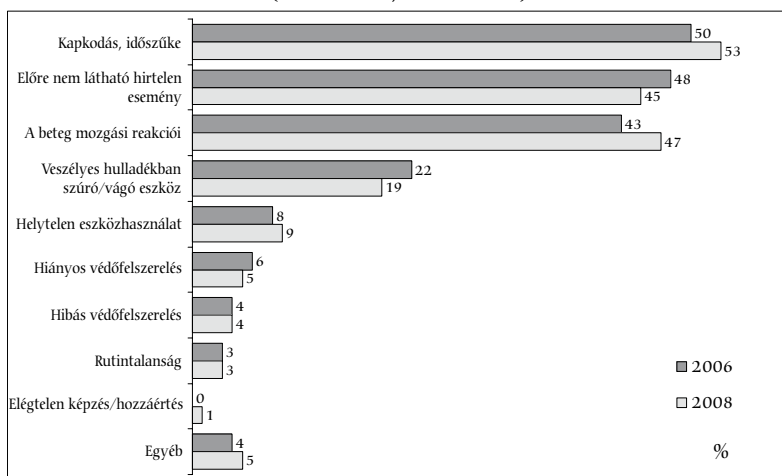
következésének gyakoriságában a vizsgált időszakok vonatkozásában. Ez a 10 éves időszakot tekintve adódhat a rövid időközönbségből, de a rövidebb egy éves és 1 hónapos periódusok tekintetében mindenképpen azt jelenti, hogy összességében ugyanolyan arányban fordulnak elő tűszúrásos balesetek. Nincs szignifikáns változás akkor sem, ha figyelembe vesszük a kapcsolatba kerülés gyakoriságát (**1. táblázat**).

A balesetek fő okai közt a kapkodás, időszűke, valamint a betegek mozgásreakciói szignifikáns változást mutatnak a növekedés irányában. A rutintalanság kérdésében nem volt szignifikáns változás, csakúgy, mint a hibás védőfelszerelés használata tekintetében. Az előre nem látható, hirtelen bekövetkező események tekintetében szignifikánsan csökkenés volt kimutatható, csakúgy, mint a veszélyes hulladékba kerülő eszköz okozta balesetek következtében (**2. ábra**).

1. táblázat: A tűszúrásos balesetek előfordulásának gyakorisága

	Baleset az elmúlt 1 hónapban		Baleset az elmúlt 1 évben		Baleset az elmúlt 10 évben	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Igen, 1-3 alkalommal	19,4%	15,2%	49,8%	39,1%	53,3%	51,2%
Igen, 4-10 alkalommal	1,0%	0,8%	8,2%	6,5%	19,9%	15,6%
Igen, 10 vagy több alkalommal	0,2%	0,2%	3,9%	2,6%	16,4%	11,9%
Nem	77,7%	82,2%	35,2%	49,0%	8,0%	18,7%
Nem tudom	1,7%	0,0%	2,8%	0,0%	2,5%	0,0%
Összesen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**2. ábra: Tűszúrásos balesetek előfordulásának fő okai, %
(n1=4789, n2=3824)**



A felmérésből kiderült, hogy a szakdolgozók tárgyi tudása jó, ám e tudás gyakorlatba történő átültetése, valamint a személyes felelősség elvállalása még elmarad a kívánatos szinttől. A vizsgálat eredményei azonban a fejlődés megkezdését mutatták akkor, amikor egy esetleges baleset után a jelentési kötelezettség alakulását vizsgáltuk. A jelentés vonatkozásában a megyei és városi intézmények esetében szignifikáns elmozdulás van a jelentés és írásbeli jelentés irányába ($p < 0,005$). Szakmákat tekintve az ápolóknál az írásbeli jelentés aránya nőtt szignifikánsan, a szülésznők esetében pedig a szóbeli jelentés ($p < 0,005$). Szakmai időt tekintve a 11-20 és 21-30 éve a pályán lévők között nőtt szignifikánsan a jelentők aránya ($p < 0,005$). Más általi jelentésben az intézménytípusokon belül nem történt szignifikáns változás az arányokban, szakmát tekintve az ápolók esetében szignifikánsan nőtt a más által írásban jelentők aránya. Szakmai időben a 11-20 éve a pályán lévők közt nőtt meg a „más írásban jelenti” arány ($p < 0,005$). A munkahelyi vizsgálat vonatkozásában csak az egyéb kategóriában érkezett szignifikánsan több igen válasz. Szakmát tekintve az ismerettel rendelkezők közül szignifikánsan az ápolók, és a képi diagnosztika területén dolgozók válaszoltak igennel a munkahelyi vizsgálatra vonatkozóan ($p < 0,005$). A 11-20 éves szakmai idővel rendelkező korosztály esetén van szignifikánsan több igen a munkahelyi vizsgálat vonatkozásában (3. ábra).

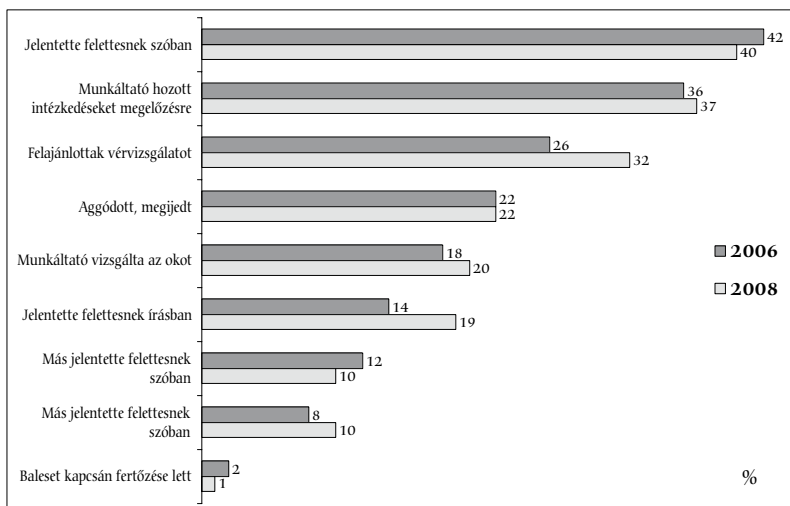
Igen figyelemreméltó adatokat kaptunk a válaszadóktól abban az esetben, amikor a bekövetkezett balesetek utáni esetlegesen elvégzett vérvizsgálat kivitelezésére kérdeztünk rá. A megkérdezettek közel azonosan nyilatkoztak a két vizsgált időszakban. Annak ellenére, hogy 56,4% ill. 58,2% jelezte szóban vagy írásban a baleset megtörténtét felettesének, a válaszadó szakdolgozók 81,6% ill. 81,1%-a bekövetkezett esemény után kisebb-nagyobb

mértékben aggódott. A balesetet szenvedett válaszadók csupán 26%-ának ajánlottak fel vérvizsgálat elvégzését 2006-ban, míg ez az arány 2008-ban 31,9% volt.

Még meglehetősen többek a munkáltatók baleset utáni intézkedéseit vizsgáló kérdésekre adott válaszok. E szerint azon válaszadók, akiket ért már tűszúrásos, vágási sérüléssel járó baleset, úgy nyilatkoztak, hogy munkáltatójuk elenyésző része, összesen 18,1% ill. 20,5%-a vizsgálta a baleset okát, s csak a válaszadók 36,3% ill. 37,2%-a jelezte, tudomása van arról, hogy munkáltatója hozott valamilyen intézkedést a hasonló balesetek megelőzésére. Ez azért is fontos, mivel a magyar mintában megkérdezett szakdolgozók közül 81, illetve 46 fő, azaz a válaszadók 2,0% ill. 1,2% szenvedett el vér útján terjedő fertőzést a balesettel összefüggésben. Az előfordulás gyakorisága szempontjából ebben az esetben is a műtőszolgálatban dolgozó kollégák a legvesélyeztetettebbek.

A válaszadók 98,2% ill. 98,1%-a tanulmányai során megismerte a szúrt és vágott sérüléshez, valamint a nyálkahártyával vagy bőrrel érintkezésbe kerülő vérhez társuló kockázatokat. A válaszadók összesen 93%-át aggasztja kisebb-nagyobb mértékben annak kockázata, hogy szakmájában szúrt és vágott sérüléseket szenvedhet el, továbbá hogy nyálkahártyája és bőre vérrel kerülhet érintkezésbe. A válaszadók valamivel több, mint hetven százaléka (71,1% ill. 73,6%) nyilatkoz-

3. ábra: Tűszúrásos balesetek kapcsán történt intézkedések, %
(n1=4789, n2=3824)



ta, hogy ismer olyan módszertani levelet, eljárási szabályt, melyben szó esik arról, hogy mi a teendő, ha munkája során szúrt és vágott sérülések következnek be, valamint ha nyálkahártyája vagy bőre vérrel kerül közvetlen érintkezésbe.

Következtetések

Az országos vizsgálat eredményei azt a mutatják, hogy nem bizonyítható a tűszúrások és vágások sérülések gyakoriságának növekedése az elmúlt két esztendő során. Az viszont igazolást nyert, hogy a balesetek legfőbb oka továbbra is az idő szűke, a kapkodás következtében kialakult szituációknak tudható be, ami szoros összefüggést mutathat az ágazatban tapasztalható létszámkérdésekkel. A hazai vizsgálat eredményei számos ponton azonosságot mutatnak a nemzetközi kutatások tapasztalataival. Ezek közül kiemelendő, hogy az Egyesült Államokban készített felmérésben is legelső helyen szerepel a tűszúrások balesetek okaként a munkahelyi terhek fokozódása, valamint a stressz. Jelentős különbözöséget figyelhetünk meg az ápolók tűszúrások balesetekkel történő érintettsége kapcsán. Mind az amerikai, mind pedig a brit tanulmányból kiderül, hogy a vizsgálatban válaszolók jóval kisebb arányban jelezték, hogy eddigi szakmai pályafutásuk során ilyen esemény bekövetkezett. Az amerikai mintában 64%, a brit vizsgálatban 50%-nál kevesebben voltak érintve. A magyar vizsgálatokban mindkét évben, összesítve sajnos 80% feletti érintettséget kaptunk. Még aggasztóbb képet találunk, ha csak az ápolói szakmacsoportokat vizsgáljuk.

Vizsgálatunk eredményei közt további azonosság tapasztalható a válaszadók jelentési szokásaiban. A tűszúrások baleset elszenvedett magyar és amerikai ápolók közel két ötöde megegyező arányban értékelték úgy, hogy nem tartják fontosnak az ilyen eseményt, így nem is tesznek jelentést, vagy nem kezdeményeznek gyógyító- megelőző intézkedéseket. Ha az ilyen irányú ápolói magatartást tovább vizsgáljuk, akkor elmondható, hogy a hazai eredmények ennek ellenére kedvezőbb képet mutatnak, hiszen az Egyesült Államokban jóval több, törvényi

szinten is szabályozott intézkedést hoztak már, s ennek ellenére hasonló eredmények mutatkoznak, mint nálunk.

Talán a Szakdolgozói Kamara elmúlt két évben kifejtett aktivitásának, szakmai továbbképzéseinek, írásainak is köszönhető, hogy a vizsgálatban megkérdezettek közt pozitív irányú elmozdulás van a baleset bekövetkezése utáni tudatos bejelentések számának alakulásában, valamint a munkáltatók preventív és a baleseteket követő intézkedéseiben is. A kutatási eredmények birtokában, a kapott adatok részletes elemzésével érdemes tovább foglalkozni. Az egészségügyi dolgozók oktatása során már az alapképzésben kiemelt hangsúlyt kell fektetni a veszélyes kockázati tényezőkkel összefüggő széleskörű ismeretek átadására, valamint a megelőzés különböző lehetőségeinek módszertani ismereteire. Ismerniük kell az ebből származó balesetek következményeit, tudatosítani kell az őszinte feltáró magatartás szükségességét munkatársakban és vezetőkben egyaránt.

Fontosnak tartjuk azonban a megfelelő munkakörülmények és az egyes munkafolyamatokhoz kapcsolódó tárgyi feltételek biztosításának fejlesztését a hazai gyakorlatban. Fel kívánjuk hívni minden szakdolgozó figyelmét a korszerű, biztonságos vérvételi rendszerek, balesetek megelőzését szolgáló tűk használatára. Ezek az eszközök széles tárháza már Magyarországon is megtalálható, s alkalmazható.

A megoldási javaslatok további lehetséges, de ugyanakkor kulcsfontosságú összetevője az egészségügyi szakdolgozók szükséges, és a biztonságos betegellátás érdekében kívánatos létszámának meghatározása. Megfelelő létszám esetén minden bizonnyal kevesebb hiba, baleset (pl. tűszúrások, vágási) fordul elő. A magas ápoló-beteg arány (azaz a túl kevés szakdolgozó) nemcsak a betegek állapotára és gyógyulására van negatív hatással, de nagyobb stressznek, elégedetlenségnek és kiégésnek teszi ki a szakdolgozókat is.

Az ápolók azért emelik fel a hangjukat világszerte, így mi is itt Magyarországon, hogy – a minőségi betegellátás biztosítása érdekében – az eddigieknél nagyobb figyelmet fordítsanak a biztonságos munkahelyek megteremtése. Egyúttal felhívjuk a döntéshozók figyelmét arra, hogy a lehető

legnagyobb körülményekkel végezzék az emberi erőforrás tervezését, az ápoló-beteg arány meghatározását, valamint töreked-

jenek a szakképzett egészségügyi munkavállalók megtartására, szakmai fejlődésük segítésére.

Irodalomjegyzék

1. American Nurses Association (2008): Study of Nurses' Views on Workplace Safety and Needlestick Injuries (<http://www.nursingworld.org>)
2. Bandolier Extra (2003): Evidence-based Health Care Needlestick Injuries (<http://www.ebandolier.com>)
3. Canada's National Occupational Health and Safety Resource (2005): Needlestick Injuries (<http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick-injuries.html>)
4. EFN supports European Campaign (2006): European Parliament calls for urgent legislative measure Lives of Europe's 6 Million Nurses at Risk! (<http://www.pcnweb.org>)
5. EFN supports European Campaign (2006): Nursing leaders to visit European Parliament to support initiative for safer working conditions. (<http://www.pcnweb.org>)
6. EFN supports European Campaign (2006): EFN position paper on the prevention of sharp injuries. (<http://www.pcnweb.org>)
7. ICN (2007): Preventing Needlestick Injuries. (<http://www.icn.ch>)
8. European Parliament (2007): Second Report with recommendations to the Commission on protecting European healthcare workers from blood borne infections due to needlestick injuries. (<http://www.icn.ch>)
9. EuroHírek (2006): A fertőzött tűktől védjenék az egészségügyi dolgozókat. (<http://www.euraktiv.hu>)
10. Mooney, H. (2009): EU legislation will mean safer needles. NURSING times.net 2009.06.09. (<http://nursingtimes.net>)
11. Mooney, H. (2009): NHS faces delay in implementing new needlestick rules. NURSING times.net 2009.06.16. (<http://nursingtimes.net>)
12. Slater, K. Whitby, M. (2007): Prevention of needlestick injuries: The need for strategic marketing to address health care worker misperceptions. AJIC, 35, 8, 560-562.
13. www.nursingtimes.net: UK nurses welcome European measures to reduce needlestick injuries. (2009.06.10.)
14. www.vardforbundet.se

The situation with regard to needlestick accidents among health workers between 2006 and 2008

Balogh, Z., Babonits, T., Somogyvári, Z., Öreg, Zs.

Aim of the study: Based on international guidelines and the finding of research into the topic, we performed investigative research into the Hungarian situation with regard to needlestick accidents, in Autumn of 2006 and 2008, among members of the Chamber of Health Workers. The objectives of the study were twofold: to assess the extent to which health workers are affected by this phenomenon, and to draw the attention of economic decision-makers to the importance and currency of the issue.

Methodology and sample: When comparing the self-completion questionnaires used in the survey, the authors drew on the lessons learned in a Swedish survey conducted in 2005. The sample was representative, selected taking into consideration the regional and age-group distribution of the individual specialisations. The population of the first sample was 4789 persons, the second 3824. The empirical data was processed using an SPSS program, and the results were presented using descriptive and comparative statistical methods.

Results: Some 86% of the respondents had pricked or cut themselves in the course of their work. Surgical assistants are the most at risk (96% and 100%), but incidents of this type had even occurred in the case of 60% of imaging diagnostics workers. The ratios differ between the professional groups. A statistically provable correlation can be found between the incidence of needlestick accidents and the area of work.



www.mellekhatas.hu

A Magyar orvostársadalom kötetlen hír- és társasági magazinja.

www.mellekhatas.hu



ÚJ
Aktíváló
testápoló
gel

ÚJ
Bőrvédő krém
argininnel és
Sindorral

ÚJ
Testápoló
balzsam

ÚJ
Mosakodó
krém
3 az 1-ben

seni CARE

Bőrápoló,
bőrvédő krém
cink-oxidral

Tisztító,
tápláló,
testlemlő

Bőrápoló
tisztítóhab

Nedves
törölkendő

A Seni Care bőrápoló termékek megkönnyítik az inkontinenciával élők mindennapjait

Forgalmazza: bella-Hungária Kft., 3394 Egerszalók, Külső sor u.2
www.seni-inko.hu www.tzmo.hu

Felfekvések hatékony megelőzése

Nagy problémát jelentenek a krónikusan beteg, önállóan mozgásképtelen, tehát állandóan ágyba kényszerült személyek esetében a nehezen gyógyuló sebek, a bőrszövetek vérellátásának hiánya és a felfekvések. Ezek a problémák nem csak a betegeket érintik, akik ki vannak téve a fájdalomnak és szenvedésnek, hanem az egész gyógyító csoportot is, de elsősorban a családot, amelyik nem boldogul ebben az új, nehéz helyzetben. Általában a családot megrettentí a gondozás tudata, amely leggyakrabban a tudás és a gyakorlat hiánya miatt van. Sajnos a legtöbb ágyban fekvő beteg, azok, akiknek nehézségei vannak a mozgással vagy eszméletlenek, ki vannak téve a felfekvések és krónikus sebek kialakulásának veszélyének.

A krónikus betegeknél a felfekvések azon testrészekben alakulnak ki, amelyek érintkeznek a fekvőfelülettel, főleg a keresztcsont környékén, a farok csontjánál, a far résznél, a sarkakon és a medencénél. Súlyos esetekben a vállakon, bokáknál és térdéknél.

A megfelelő ellátás kellékei – A Seni Care bőrápoló termékcsalád

A bőrproblémák kialakulásának oka, hogy a nedves környezet károsítja a bőrt, és a székletben található baktériumok fertőzést okoznak. Viszont a gyakori mosdatástól a bőr kiszárad, repedezetté válik, amely növeli a fertőzésveszélyt, a gyakori törölgetés, pedig kidörzsölheti a bőrt.

Sok, ápolásra szoruló ember szenved akarattalan vizeletcsepegéstől, vizeletürítéstől. Felmérések szerint a női társadalom 40%-a és a férfi társadalom 20%-a él együtt az inkontinencia valamelyik formájával. A modern orvostudomány csak most kezd figyelni a problémára, és olyan betegséggé kezelni, amelyet a betegeknek tudatosítaniuk kell magukban ahhoz, hogy küzdhesenek ellene. Hogy mennyi megpróbáltatással jár számukra az aktív társadalmi életben való részvétel, azok tudják legjobban akiket személyesen is érint a betegség, valamint családtagjaik, ápolóik.

A gondos és körültekintő ápolás érdekében olyan termékek használata ajánlott, amelyek nem tartalmaznak szappant, mert az erősen lúgos kémhatású és gyakran okoz irritációt. Nem csupán a piszkot távolítja el, hanem a természetes, védelmező lipideket is, amelyet nehéz újra felépíteni így újabb sebesedések alakulhatnak ki.

A száraz bőr védelme összetett feladat, a megfelelő bőrműködéshez szükséges bizonyos

tápláló anyagok, különösen a telítetlen zsírsavak és vitaminok megléte. Olyan mosdató termékek használatára van szükség, amelyek tisztítanak, ugyanakkor nem károsítják a bőr vékony védőrétegét. A Seni Care termékcsalád biztosítja a mindennapi higiénit és ápolást a száraz, és inkontinencia esetén a váladékok irritáló hatásának kitett bőr számára, a termék-vonal elemei segítségével a mindennapi ápolás tökéletesen elvégezhető:

Mosdatókrémek és tisztítóhabok

A mosdatókrém használata irritált, vízre és szappanra érzékeny bőrön ajánlott. Nem roncsolja a bőr természetes hidrolipid rétegét, aminek köszönhetően védi a bőrt a külső, káros hatások ellen, olyanok mint a vizelet vagy széklet. A krém egyszerre tisztítja, ápolja és védi a bőrfelületet. Tökéletes megoldás a vizelet vagy széklet inkontinenciával élő személyek ápolásához. Sinodort tartalmaz, amely a vizelet szagának semlegesítésére szolgál.

A tisztítóhab tökéletes termék egy már az irritációk kialakulásával veszélyeztetett bőrfelületre. Szintén tartalmaz Sinodort.

Cégünk forgalmaz speciális, pH semleges testlemosó terméket is, amely az érzékeny bőrű páciensek számára ideális megoldás, hiszen ez a termék nem károsítja a test önálló védelmi rendszerét.

Megelőzés és védelem: Bőrvédő krémek és gélek, balzsamok

A megelőző termékek használata azoknál ajánlott, akiknél fennáll a felfekvések és kipirosodások veszélye. Az általunk e célból fogalmazott termékek természetes kivonatainak (Guarana, L-arginin, Len-biokomplexum, Kamilla-kivonat) köszönhetően segítik a vér mikrocirkulációját a bőrben, és frissítő, élénkítő hatással bírnak, segítik a test öngyógyulását. Valamennyi termék rendelkezik a széklet és vizelet szagát közömbösítő anyagokkal.

A megfelelő otthoni vagy kórházi ápoláshoz a testápoló balzsamok különösen fontosak a beteg állapotától függetlenül. A balzsam enyhülést nyújt a bőr számára, csökkenti érzékenységét, és megszünteti annak túlzott hámlását. Helyreállítja a bőr hidrolipid rétegét, amely megvédi a káros, külső hatások ellen.

Kapcsolódó linkek: www.seni-inko.hu és www.bella.hu

Jelentős túlsúllyal rendelkező személyek súlykorrekciós programja és a telekommunikációs nyilvánosság befolyásoló szerepe

(A „Nagy fogyás” szakmai programjának és eredményeinek elemzése)

Béres Alexandra

Ph. D. hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Összefoglaló

Cél: a szerző a közreműködő szakemberek (csapatvezető edző, dietetikus) szemszögéből elemzi a test-súlykorrekciós programot, annak eredményeit, továbbá vizsgálja az arról szóló televíziós műsor nyilvánosságának, valamint a verseny-helyzetnek befolyásoló szerepét és hatását.

Módszer és minta: több mint 1000 önkéntes jelentkezőből belgyógyász és pszichiáter, valamint rendező előszűrését követően válogattak, majd részletes egészségi szint-felmérés alapján jelölték ki a 21 hét időtartamú program résztvevőit. A vizsgálati csoport végleges létszáma 5 fő lett ($n=5$).

Eredmények: kiindulási testtömeg-átlag 146,6 kg, a súlyvesztés maximuma 90,6 kg, átlagos mértéke 46,52 kg volt. A program végén elért testtömeg-átlag 100,4 kg. A program első, bentlakásos fázisában (10 hét) a hetente elért testtömeg csökkenés átlaga 3,38 kg volt.

A program a telekommunikációs nyilvánosság, illetve a műsor show jellege miatt elsősorban kiélezett versennyé és bulvár-szenzációvá vált, ezért a pozitív értékeket, gyakorlati, hasznos tanácsokat kevésbé tudta képviselni és közvetíteni a lakosság felé. Hiányosságai mellett azonban a műsor felhívta a figyelmet arra, hogy akaraterővel és kitartással, megfelelő mozgási-, és táplálkozási attitűddel a túlsúlytól meg lehet szabadulni, ehhez szakember segítségét lehet és kell kérni, valamint arra, hogy bár a fogyás magányos feladat, mégis könnyebb csoportosan végezni, amikor a hasonló problémákkal küzdő emberek meg tudják osztani egymással tapasztalataikat.

Bevezetés

Napjainkban a tömegkommunikációs eszközök, főként a kereskedelmi televíziók törekvései, valamint azok fogyasztóinak (a nézőknek) figyelme egyre inkább az érdeklődés előterébe hozta az ún. valóságshow-kat, melyekben a nyilvánosság nyomon követheti a kiválasztott szereplőkkel, irányított feltételek között zajló események egyes részleteit.

2007 őszén Magyarországon egy olyan valóságshow került megrendezésre, amelyben súlyosan elhízott emberek (Pados, 2008) speciális körülmények között, verseny-szituációban próbáltak megszabadulni jelentős súlytöbbletűktől. A program aktualitását

alátámasztják azok az adatok, melyek szerint a lakónépesség körében Magyarországon is egyre magasabb az elhízottak aránya. Az obezitást egyes kutatók civilizációs betegségnak is tartják, és a társadalmi helyzettel való szoros összefüggését hangsúlyozzák (Szollár, 1986).

A program – és ennek megfelelően az erről szóló műsor – felépítése két szakaszból állt: 10 hetes bentlakásos részből, amikor a résztvevők (a versenyzők) a családjuktól és a külvilágtól elzárva, meghatározott körülmények és feltételek között küzdöttek, és az ezt követő 10 vagy 11 hétig tartó otthoni szakaszból, amely valóságos, mindennapi körülmények között zajlott. A szakaszok lezárásaként elődöntő, illetve döntő került

megrendezésre. A döntőbe jutott résztvevőknek 11 hétig tartott az otthoni szakasz, vagyis számukra összesen 21 hétig tartott a versenyzés.

A műsor nem hazánkban került először képernyőre, előzően már több országban küzdöttek meg verseny-szituációban a résztvevők súlyfeleslegükkel. Az alapkoncepció (súlyos elhízás, gyors, versenyhez kötött fogyás, riválisként feltüntetett két sztártréner) megosztotta a közvéleményt és a szakmát is. Felmerül a kérdés, hogy megengedhető-e súlyosan elhízott emberek extrém körülmények közti fogyasztása, mert az elhízás nem csak esztétikailag zavaró, de emellett számos olyan változás indul el a szervezetben, amelyekre kevésbé figyelünk fel: energiaháztartás egyensúlyának módosulása, amely hatással van az anyagcserére, a hőszabályozásra, az energia leadásra és felhasználásra (Halmy, 1996). Hogy a műsorkészítők mégis ezt a formát választották, annak több oka is lehet. Évszázadokkal ezelőtt az emberek már fel tudták hívni magukra a figyelmet azzal, hogy rengeteg ételt magukba tömtek („zabálási” versenyeken), vagy éppen azzal váltották ki mások csodálatát és borzongását egyszerre, hogy hetekig nem vettek magukhoz táplálékot – őket éhezőművészekként, más körülmények között éhező szentként tartották számon (Forgács, 2004).

A program előterében a figyelemfelhíváson kívül az elhízott emberek állandó óhaja is állhatott, mégpedig az, hogy ha elhatároztuk végre magunkat a változásra, akkor az legalábbis azonnal történjen meg. A viselkedésváltozással kapcsolatos kutatások kiemelik a változás folyamat jellegét, a változás mindig szakaszokon megy keresztül, és az egyes szakaszoknak más és más pszichológiai jellemzői vannak (Prochaska és mtsai (1992)).

A külföldi műsorokban ugyan világos volt a tréner szerepe, de a műsor és a verseny elsősorban a résztvevőkről, az ő küzdelmükről szólt. Magyarországon a hangsúly eltolódott a két tréner személye, valamint a bulvár-média irányába, ezért a szükségesnél lényegesen kisebb szerepet kapott az étrend és a mozgásprogram fontossága, bemutatása.

Ennek következtében indokolt a kérdés felvetése: kellően hatékony volt-e a műsor a lakosság egészséges életmód iránti figyelmének felkeltésére? A gyors fogyás miatt alkalmas volt-e hosszútávon is a versenyzők elért testtömegének megtartásához?

Elméleti háttér

Súlykontroll Program

A Súlykontroll Program (Béres, 2007) olyan átfogó program, amelyben helyet kap a testsúly-felesleg csökkentése („fogyókúra”), és az egészséges életmód is. Nem kínál „csodamódszert” az áhított testtömeg eléréséhez, azonban alapvető iránymutatást nyújt a táplálkozáshoz és a fizikai aktivitáshoz, megvilágítva mindezek pszichológiai hátterét is.

A program alapjai:

- egyedi Súlykontroll Index,
- javasolt adagok,
- kompenzáció,
- konkrét táplálkozási javaslatok (a súlykontroll program szakaszai),
- általános táplálkozási javaslatok,
- mozgás program ajánlása.

Súlykontroll Index

Kialakításának alapja a GI (glikémiás index) és az élelmiszerek energia- (zsír- szénhidrát, és fehérje) tartalma. A glikémiás index fogalma alatt az egyes szénhidrát-tartalmú élelmiszereknek és ételeknek a szőlőcukorhoz viszonyított vércukoremelő képességét értjük (Barna, 1996). A Súlykontroll Index egy olyan szám, amely segítséget nyújt mind a fogyókúrában, mind az elért testtömeg megtartásában. Az élelmiszerek 1-100-ig való besorolása alapján ha az adott élelmiszer mellett feltüntetett súlykontroll index 1 és 30 között van, akkor alacsony-, 31-60 között közepes-, 60 felett pedig magas súlykontroll indexű élelmiszerről beszélünk. Ennek megfelelően tájékoztatást ad arra nézve, hogy a fogyókúrában, illetve a későbbi súlytartó fázisban mely élelmiszerek fogyaszthatók bátran, és melyek azok, amelyektől célszerű tartózkodni, vagy csak

ritkán, kis adagokban fogyasztandók, annak érdekében, hogy a normál testtömeget meg lehessen tartani. Minél kisebb az ételmisszer mellett feltüntetett ún. súlykontroll index, annál inkább fogyasztható és fordítva.

Javasolt adagok

A Súlykontroll Index megmutatja, melyik ételmisszertől mi várható, de önmagában nem segít abban, hogy miből mennyit lehet fogyasztani. Ezért a programban pontosan meghatározták, hogy mit jelent egy-egy (legfeljebb elfogyasztható) adag.

Az adagnagyságok ajánlásának kialakításakor hangsúlyos volt az individuális (egyéni szabott) meghatározás.

Kompenzáció

A testsúly-csökkentési program ideje alatt is vannak családi, baráti összejövetelek, és a súlytartás időszakában is lesznek. Ennek a problémának a megoldására került kialakításra a kompenzációs ajánlás, amely a súlykontroll program lényeges része lett.

Szakaszok

Az életmódváltás útján az első két szakasz célja a felesleges testtömeg csökkentése („fogyókúra”), a harmadik pedig a kívánt testtömeg megtartása.

Általános táplálkozási javaslatok

- Együnk naponta négy-öt alkalommal, de ne túl sokat.
- Minden étkezés előtt fogyasszunk el 3 dl folyadékot.
- A reggeli a legfontosabb étkezés, ne hagyjuk ki.
- Az ajánlott adagmennyiségek betartása rendkívül fontos.
- Minél több alapanyagból válogassuk össze az étrendünket.
- Lefekvés előtt három órával már ne együnk.
- Vezessünk táplálkozási naplót.

Mozgásprogram, edzés

A hatékony súlycsökkentés fontos alap pillére a testmozgás. Nem csupán azért, mert számos pozitív hatással van szervezetre, ha-

nem mert azt találták, hogy a rendszeres testedzés pozitív hatással van az önértékelésre is (O’Dea, J. A., Abraham, S. (2002).

Pulzuskontrollált edzés

Lényege, hogy az aktuális edzettségi, pszichés és fizikai állapotnak megfelelően kell tervezni az edzéseket a hatékonyság maximalizálása érdekében. Fontos tudni, hogy mindezek eléréséhez milyen pulzus-célzónában kell tartani a szívfrekvenciát.

Az intenzitás meghatározásának legegyszerűbb objektív módja a szívfrekvencia folyamatos ellenőrzése. Ehhez a pulzus-szám-mérő órák nagy segítséget nyújtanak, melyek a hozzájuk tartozó mellkasi jeladó segítségével EKG pontossággal mérik a szívfrekvenciát.

A legtöbb ember túlságosan intenzíven edz, és nem is sejt, hogy kitűzött céljait éppen emiatt éri el olyan nehezen. Ennek elkerüléséhez nagyon fontos a terhelési szint pontos meghatározása, valamint a kijelölt célzóna határértékeinek betartása (Rigler, 1993).

Egyenletes intenzitású edzés

Ilyen minden típusú kardio/aerob (állóképességi) edzés, melynek során huzamosabb ideig egy viszonylag egyenletes intenzitású mozgást végeznek. Ide tartozik például a futás, kerékpározás, a taposógépen, elipszistrénneren végzett edzés.

Előnyei:

- az edzés intenzitásától függően nagyobb mennyiségű kalóriát égethet el az edzés során, mint az intervallum edzés,
- kimondottan ajánlott kezdő sportolóknak, túlsúllyal rendelkezőknek,
- akár naponta is végezhető.

Hátrányai:

- a túl sok állóképességi edzés izomvesztést, túledzést okozhat, és ez problémát jelent (főleg az erősportolóknál, testépítőknél),
- néhány kivételtől eltekintve az egyenletes intenzitású edzéssel nehéz igen nagy mennyiségű kalóriát elégetni, hacsak nem tölt „időtlen időket” a paciens egy-egy kardio-gépen. Közepes intenzitással egy átlagos ember 5-10 kcal-t éget

el percenként, vagyis egy óra alatt ez körülbelül 300-600 kcal felhasználást jelent. Persze ez heti több edzés során összeadódik, de épp ennek (a heti „sokszori” edzésnek) fényében olykor-olykor hajlamos az ember jutalmazni, sőt kényeztetni magát egy-egy fagyival, csokoládéval, pizzával, és itt már „csatát veszít”.

Intervallum edzés

A befektetett időhöz képest a legtöbb kalóriát égető, több zsírt „felhasználó” kardio edzés forma. Alacsony és igen magas intenzitású fázisok váltogatják egymást meghatározott ütemben. Azt fontos tudni, hogy az intervallum edzés „fájdalmas”, tekintettel arra, hogy jelentős izommunkát igényel. Ha valaki hiányt szenved elhatározásban és kitartásban, akkor inkább el se kezdje; válassza az egyenletes intenzitású kardió-t.

Előnyei:

- egységnyi időbefektetéssel nagyobb mértékű zsírvésztés érhető el annak ellenére, hogy kevesebb kalória vesztéssel jár az edzés ideje alatt, viszont az intervallum edzés sokkal nagyobb EPOC-ot kelt, ami lényegében azokat a kalóriákat takarja, melyeket a szervezet az edzés után használ fel.
- időhatékony! Egy-egy jól megtervezett intervallum edzés csak 15-20 percet vesz igénybe.
- a tempóváltoztatások miatt sokkal „érdekesebb”.

Hátrányai:

- kezdők számára alkalmatlan a magas intenzitás miatt,
- magasabb a sérülésveszély,
- korlátozott számú napokon lehet végezni; heti 2-3 alkalom a maximum,
- az intervallum edzés során nagy mennyiségű tejsav termelődik („fájdalmas”), amely a cél érdekében el kell viselni.

Kettlebell

A kettlebell nem más, mint egy tradicionális orosz vassúlyzó, amely leginkább egy füllel ellátott ágyúgolyóra hasonlít. Népszerűségének titka az egyszerűsége. Nincs még egy olyan eszköz, amely egyszerűen képes növelni az izomtömeget, fejleszteni

az állóképességet és csökkenteni a zsírtömeget. Mindehhez természetesen szükség van egy korszerű és tudományos alapon nyugvó edzésrendszerre, amelyet Pavel Tsatsouline dolgozott ki. Az RKC (Russian Kettlebell Challenge) olyan gyakorlatokat tartalmaz, amelyek az egész testet megdolgoztatják. A kettlebell használatakor már a helyes testtartás is folyamatos koordinációt és erő kifejtést igényel, amihez az összes izomcsoport együttes munkájára van szükség. Kezdeként egyszerűen csak meg kell fogni a kettlebellt és járkalni vele, később jönnek az emelések, lendítések, egyik kézből a másikba átadások. Ahogy egyre ügyesebbé és erősebbé válik a személy, úgy növelhető a kettlebell súlya és a gyakorlatok bonyolultsága (Tsatsouline, 2007). Bár a kettlebell edzés egyszerűnek tűnik, semmiképp nem szabad hozzáfogni szakértő felügyelete nélkül. Mindez a súly nagyságából is adódik: az átlagos kezdő férfiak 16, a nők pedig 8 kg-os kettlebellel edzenek. Nem kell nagy tapasztalat, hogy belássuk: egy ilyen súlyú öntöttvas golyó komoly sérüléseket okozhat hozzá nem értő kezekben. Éppen ezért érdemes a szabályos kettlebell-gyakorlatokat csoportos foglalkozáson megtanulni. A kettlebell-edzés annyira intenzív, hogy 50-60 perc alatt képes megdolgoztatni az egész testet, miközben rendkívüli hatással van a szívre és a keringési rendszerre. Heti egy-két alkalom rövid idő alatt látványos eredményre vezet.

A vizsgálat célja

A szerző a közreműködő szakemberek (csapatvezető edző, dietetikus) szemszögéből elemzi a testsúlykorrekciós programot, annak eredményeit, továbbá vizsgálja az arról szóló televíziós műsor nyilvánosságának, valamint a verseny-helyzetnek befolyásoló szerepét és hatását.

Módszer és minta

Több mint 1000 önkéntes jelentkezőből belgyógyász és pszichiáter szóbeli kérdésekkel előszűrte a jelentkezőket, és a televíziós műsor rendezőivel együtt kb. 30 főt választottak ki.

Ezek a személyek általános és részletes egészségi állapotfelmérő vizsgálaton vettek részt, amely a súlyos szervrendszeri betegségek kiszűrésére, és a terhelhetőség, terhelési kapacitás, szív-érrendszeri rizikótényezők, pszichés stabilitás felmérésére irányult.

Kizáró tényező volt a súlyos, krónikus szív-, tüdő-, máj-, vesebetegség, a cukorbetegség, a terhelés során fellépő szívritmuszavar, a kezeletlen magas vérnyomás, a túlzott szorongás, a depresszió, a pszichés instabilitás.

Bekerült a végleges csoportba több olyan személy, akinek kezelt és jól beállított magas vérnyomása, vagy panaszt nem okozó, korábbi enyhe gyomorsav-túltengése, vagy enyhe vércukor-szint emelkedése, vagy nem súlyos ízületi panaszai voltak, illetve alsó végtagi thrombózis utáni (postthrombotikus szindróma) állapotban volt.

A válogatáson a trénerek nem vettek részt, csoportjaik kialakításába nem volt beleszólásuk.

A továbbiakban csupán a jelen írás szerzője által szakmai (fizikai aktivitási, valamint dietetikai) szempontok szerint menedzselte csoportban folyó tevékenység kerül elemzésre.

Ezen vizsgálati csoportba először 6 fő került, de a műsor szabályai folytán a végleges létszám 5 fő lett (n=5).

Az adatok a csoportban szereplő két nő esetében N1 és N2, a három férfi esetében pedig F1, F2, F3 kóddal kerültek azonosításra.

A kiindulási testtömegek a következők voltak: N1: 160,5 kg, N2: 101,8 kg, F1: 128,0 kg, F2: 148,8 kg, és F3: 193,7 kg, amelynek átlaga 146,6 kg.

A résztvevők egészségi állapotának nyomon követése

A program ideje alatt mentőápolók napi állapotfelmérést végeztek, amely az esetleges panaszok felvételéből, a pszichés status megítéléséből, vérnyomás- és pulzus-mérésből, szükség szerint a mozgásszervek, ízületek vizsgálatából, és tanácsadásból állt.

Hetente került sor orvosi ellenőrző vizsgálatokra:

- belgyógyászati szakvizsgálat (panasz-felvétel, pszichés status megítélése, fizikális vizsgálat, mozgásszervek, ízületek vizsgálata, vérnyomás, pulzus mérés),
- BMI megállapítása A BMI egy átlagembernél megbízható mutatója a tápláltsági állapotnak. Számítási módja: jelenlegi testtömeg (kg) osztva a testmagasság négyzetével. (Rodler, 2006)
- haskörfogat-, testszírmérés,
- szükség szerint orvosi tanácsadás, gyógyszeres beállítás (vérnyomáscsökkentő, gyomorsavcsökkentő, megfázás elleni kezelés),
- nyugalmi, 12 elvezetéses EKG,
- laboratóriumi vizsgálatok (ionok, májfunkció, vesefunkció, vércukor, vizelet).

A felmerülő heveny problémák többnyire ízületi, mozgásszervi panaszok voltak, illetve néhány gyomorsav túltengéses panasz is jelentkezett.

Egyes esetekben szükség volt további szakellátások igénybe vételére is (mellkas-rtg, kardiológiai, pszichiátriai, angiológiai, traumatológiai, gasztroenterológiai szakellátás, kórházi kezelés).

Eredmények, megbeszélés

Táplálkozás

A versenyzők étkezése a bentlakásos időszak (10 hét) alatt tervezett étrend alapján történt. Miután hazatértek otthonukba (legfeljebb 11 hét), az addig tanultak értelmében saját környezetükben, önmaguknak kellett kialakítani az étrendet. Ebben segítséget, tanácsot kaptak, táplálkozási napló és/vagy telefonos megbeszélés alapján követni lehetett a compliance-t.

A bentlakásos idő alatt az étrend alapja egy meghatározott alapanyag-rendszer volt, de a konkrét menü összeállításánál az egyéni toleranciát figyelembe vettük. Minden hétre megkapták a javasolt étrendet annak mennyiségi ajánlásaival együtt (amelynek alapanyagai rendelkezésükre álltak), de

a versenyzők saját maguk dönthették el, hogy követik-e az adott utasításokat, vagy az egyéb fellelhető alapanyagokból/ételekből fogyasztanak. Ez utóbbi a műsorhoz tartozó „specialitás” volt, rengeteg „kísértéssel” (kolbász, szalonna, édesség, stb.) kiegészítve.

A tervezett étrend szerint a versenyzők legalább napi 4 alkalommal étkeztek. Étrendjük gerincét a zöldség/gyümölcs alkotta, elsősorban sovány fehérjeforrásokkal kiegészítve (sovány túró, kefir, joghurt, halak, sovány húsok, tojás, sovány felvágottak, ritkábban sovány sajt, belsőség). A húsok változatosan szerepeltek az étlapon (elsősorban csirke vagy pulyka, annak is a mellrész, de comb, szárny is előfordult, valamint marhahús sovány részei). A cereáliák közül a zabpehely, zabkorpá, wasa kenyér, valamint a korpovit keksz kapott nagyobb teret, de előfordult az étlapon durum penne, vagy paella alapjaként hosszúszerű rizs. A salátákat olívaolajjal készítették, a főzéshez napraforgóolaj felhasználása volt jellemző. Az olajos magvak közül pl. a mandula is helyet kapott. A fűszerek, ízesítők széles skálája (bio- illetve és cukormentes termékek, pl. mustár, balzsamecet, továbbá fokhagyma, bors, bazsalikom, oregánó, kapor, fűszerpaprika, majoránna, chili, koriander, köménymag, petrezselyemlevél, stb.) biztosította, hogy minél változatosabb ízletes ételek közül választhassanak. Cukormentesen táplálkoztak, az édesítéshez mesterséges édesítőszereket használtak. Édességet, illetve desszertet is fogyaszthattak, pl. speciális recept alapján készült zabos/gyümölcsös muffint.

Fizikai aktivitás

A beválogatáson a tréner nem vett részt. Élő adásban, a forgatás megkezdésének 2. napján tudta meg, hogy mely versenyzők kerülnek csapatába. Így első benyomásait kamerák jelenlétében szerezte, első edzését is így végezte, majd az ezt követő napokban ismerhette meg jobban a versenyzőket.

A közös munka több szakaszra bontható. A versenyzők a kiesésüktől függően vettek részt a különböző szakaszokban.

I. szakasz: a bentlakás első 5 hete

A versenyzők fizikai aktivitásának egy részét kamerák követték, és az edzőmunka napi szinten is 2 részre volt bontható aszerint, hogy felvétel történt, vagy nem. Az egyik (a nyilvánosságnak szánt) rész a látványelemekben is gazdag „látványos átmozgatás”, volt. Ez az edzés 60–80 perc időtartamban kis (1–2 kg) súlyok használatával, közepes intenzitással zajlott, nagy ismétlésszámmal, 30–40 másodperces pihenőkkel, zsírégető jellegű edzést végeztek.

Az első edzés során speciális, multifunkciós fitness mérőeszközt alkalmazott a szerző a csoportjába tartozó versenyzők esetében, melynek segítségével a testsúly, testmagasság, születési dátum és a szívfrekvencia változékonyságának alapján nyugalmi állapotban megállapította az adott személy fittségi állapotát, és ez alapján meghatározta a zsírégető tartomány alsó és felső szintjét. A csapattagok közül négynél (F3, F2, F1, N2) alacsony pulzusértéket talált az első edzésen, míg N1 esetében magasat. Ez a későbbiekben „beállt”, és követni tudták az aznapi terhelésre beállított pulzustartományban.

A másik edzés kamerán kívül zajló kardio-aktivitás volt, melyet futópadon és elliptikus futópadon végeztek 45–60 perc időtartamban, zsírégető pulzustartományban.

Az első 5 hét jellegzetessége volt a közös edzés, egyéni feladatok nélkül, a megfelelő alapozás elérése érdekében. Elsődleges célja volt a gyakorlatok megismerése és a helyes végrehajtás elsajátítása, az izom-ideg kapcsolat kialakítása, a koordináció fejlesztése, valamint a szív és érrendszer, továbbá az izmok hozzászoktatása az edzőmunkához és a folyamatosan emelkedő terheléshez.

A közös edzőmunka ösztönző hatással volt az egyénekre, hiszen a csoport, mint terápiás közeg önmagában is lelkesítette a tagokat, a megfelelési vágyukat fokozta, és az esetleges feladás érzésén átlendítette őket.

Minden héten egy nap pihenőt tartottak.

II. szakasz: a bentlakás második 5 hete

Ebben a szakaszban is megmaradt a napi 2 zsírégető edzés, és minden héten az egy nap pihenő.

A második szakasz jellegzetessége az egyéni, személyre szóló gyakorlatok beik-

tatása volt, ezzel együtt a tréner „átalakult” személyi edzővé. A bemutatott csoportban a koncepció is módosult ebben a szakaszban.

A kamera előtti „látványos edzés” kettlebell eszköz használatával egészült ki. Használatával ötvözték az erő-állóképesség edzést a kardio edzéssel. A versenyzők saját alkati típusuknak megfelelő zsírégető jellegű gyakorlatokat kaptak, mindvégig ügyelve, hogy a terhelés a megfelelő pulzuszonában maradjon.

A kamera nélküli kardio edzés módosítása jelentette az igazi átalakulást és fejlődést, hiszen bevezetésre került az intervallum kardio edzés. A módszer segített abban, hogy az edzés végeztével a zsírégető hatás hosszabban menjen végbe, és a korábbi fél-egy órához képest 6-8 órára növekedjen. A módszer 60-80 perc időtartamú edzőmunkában a futó- valamint elliptikus futó-pad mellett 10 percenként beiktatott fekvőtámasz, kettlebell és hasizom gyakorlatokat tartalmazott.

III. szakasz: az otthoni edzés 10 hete

Az otthoni edzés követhetősége a nagy távolságok miatt nagyon nehéz volt.

F3 folytatta az intervallum edzést, melynek a kardio része az elliptikus futópad (otthonra vásárolt saját magának) és a lassú kocogás volt (otthon kezdte el). F3 az edző javaslatára judó edzéssel törte meg a monotóniát, egy héten 3-szor 1,5 óra időtartamban.

F2 budapesti lévén a szerzővel edzett az edzőteremben intervallum és zsírégető

jellegű kis súlyzós edzéssel, valamint reggelként kocogott.

N2 taposógép (otthonra vásárolt magának) és kocogás mellett a szerző otthoni zsírégető gyakorlatait alkalmazta.

F1 reggelente kocogott, de edzőmunkája követhetetlen volt.

N1 edzőterembe járt, futópadot alkalmazott 1 órás gyaloglás erejéig, edzőmunkája követhetetlen volt.

A versenyzők a szerző irányításával 2 hétenként közös edzéseket iktattak be, melyen aki tudott, megjelent (F1 nem vett részt rajtuk).

A szerző meglátogatta versenyzőit vidéki otthonaikban is, és együtt beszéltek meg az edzés lehetőségeit, pontos menetét, és az esetleg felmerülő problémákat.

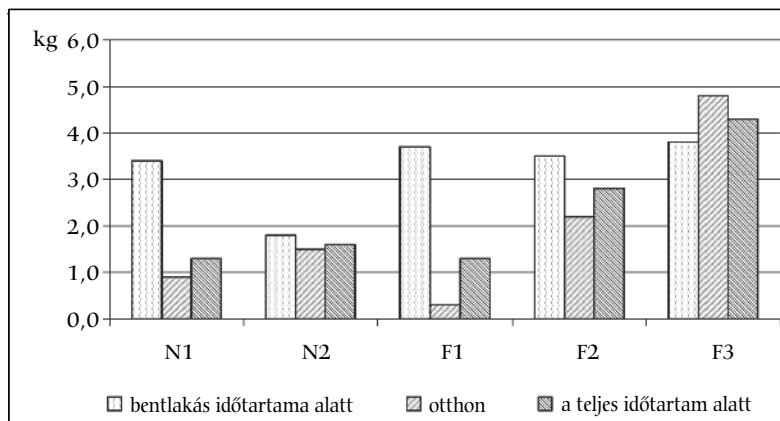
A műsor teljes időtartalma (20 illetve 21 hét) alatti testsúly-csökkenés: N1: 26,6 kg, N2: 32,8 kg, F1: 26,4 kg, F2: 56,2 kg, és F3: 90,6 kg. A fogyás átlagos mértéke 46,52 kg volt.

A 21 hét alatt a legtöbb súlyt veszítő versenyző testtömege 90,6 kg-mal lett kevesebb.

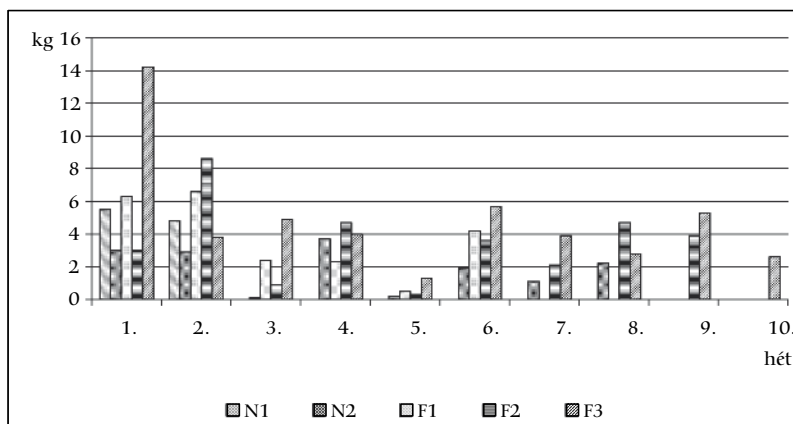
A műsor végén elért testtömegek a következők szerint alakultak: N1: 133,9 kg, N2: 69,0 kg, F1: 101,6 kg, F2: 92,6 kg, és F3: 103,1 kg. A műsor végén a testsúly átlaga 100,4 kg volt.

A műsor bentlakásos ideje alatt (10 hét) elért testtömeg csökkenés átlaga 3,38 kg/hét, a teljes időtartam alatt elért testtömeg csökkenés átlaga 2,26 kg/hét volt. Az egyes szakaszok személyenkénti átlagos heti súlycsökkenését az **1. ábra** szemlélteti.

1. ábra: Heti átlagos fogyás személyenként (kg)



2. ábra: Hetenkénti, személyek szerinti testsúlycsökkenés a bentlakás ideje alatt (kg)



A műsor bentlakásos ideje alatt (10 hét) hétről hétre elért egyéni testtömeg csökkenést mutatja be a **2. ábra**.

A műsor időtartama alatti teljes fogyás személyek szerinti arányát ábrázolja a **3. ábra**.

A műsor teljes időtartama alatt létrejött testsúlycsökkenés személyek szerinti mértéke, valamint a versenyzők kezdő testsúlyához viszonyított százalékos aránya látható a **4. ábrán**.

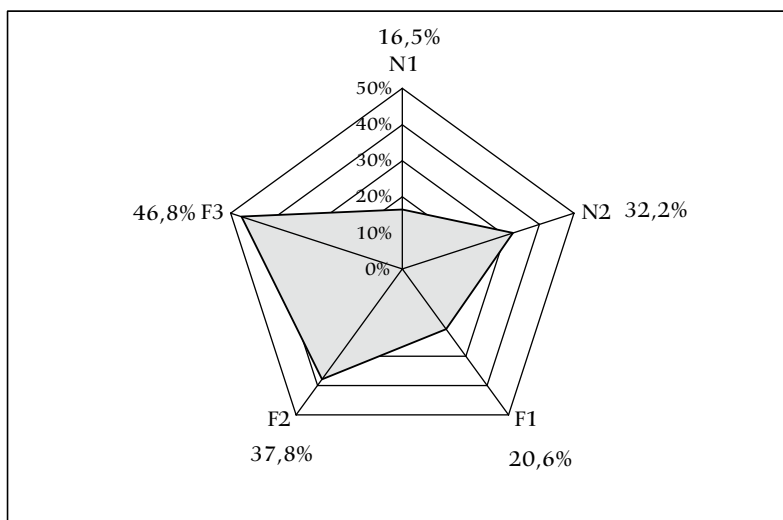
Fontosnak tartjuk megemlíteni a program teljes ideje alatt az ellenőrző orvosi vizsgálatok során észlelt változásokat is, melyek között negatív és pozitív egyaránt szerepelt.

Negatív jellegű: a túlzott motiváció, versenyszerűség miatt kiszáradás, éhezési jelek voltak tapasztalhatók (laboratóriumi leletekben elektrolit eltérések, a kívánatosnál alacsonyabb vércukor-értékek, vizeletben acetone pozitívitás). Pszichés eltérések: szorongás, enyhe depresszió.

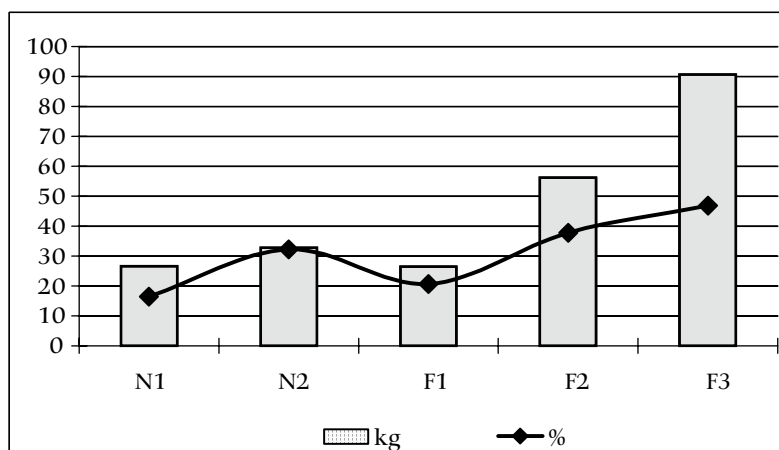
Pozitív jellegű: vérnyomásértékek javulása, normalizálódó koleszterin- és vércukor-érték, húgysav-, májenzim érték csökkenése, javulása.

A lakosság részére is példaértékű lehet, hogy a program során a versenyzők edzettebbek lettek, és magabiztosabbak. A program elején még emelkedett vérnyomásértékek csökkentek, esetenként kevesebb

3. ábra: A műsor időtartama alatti fogyás személyek szerinti aránya a kezdő testsúlyhoz képest (%)



4. ábra: A testsúlycsökkenés személy szerinti mértéke (kg), és a kezdő testsúlyhoz viszonyított aránya (%)



gyógyszer is elegendő volt a normál vérnyomás beállításához. A vércukor- és koleszterin-értékek javultak vagy normalizálódtak, a májzsírosodásra utaló értékek ugyancsak javulást eredményeztek.

Következtetések

A program elérte célját a lakosság (a nézők) tájékoztatását illetően?

– **Igen**, mert

- felhívta a figyelmet arra, hogy még extrém mértékben súlyosan elhízott emberek is képesek fogyni tudatos étkezéssel, és rendszeres, egyénre szabott mozgással,
- felhívta a figyelmet arra, hogy szükséges szakemberek segítségét kérni ehhez,
- segítséget kaptak mintaétrendekkel ahhoz, hogy maguk is el tudják kezdeni, és végig tudják vinni otthonukban saját küzdelmüket a testtömeg többlet ellen. A műsor honlapján az érdeklődők az étrendekhez kapcsolódó részletes receptúrát (hozzávalók, elkészítési javaslat) valamint bevásárló listát is letölthették.

– **Nem**, mert

- nem volt látható a műsorban hogy a résztvevők konkrétan mit/mennyit fogyasztottak,
- nem volt látható a műsorban, hogy milyen mozgásprogramot, hogyan hajtottak végre, mennyit mozogtak,
- nem derült ki, hogy hogyan tartották a kapcsolatot az edzővel az otthoni peri-

ódus alatt, illetve milyen nehézségekkel kellett szembenézniük az étkezés és a mozgás tekintetében,

- nem szerepelt a műsorban a nézők részére készített részletes / összefoglaló blokk a dietetikus táplálkozási és az edző mozgási tanácsaival.

A versenyzők sikeresen és eredményesen fogytak a verseny alatt és után?

– **Igen**, mert

- a verseny alatt maximálisan elérték a céljukat, heti átlagos fogyásuk 2,26 kg volt, az ajánlott heti 0,5-1 kg-al szemben. Ez – figyelembe véve az extrém súlytöbbletet- nem kiemelkedően magas. Az egészségükre gyakorolt pozitív hatás egyértelmű, mind a versenyzők, mind az orvosi felügyeletet végző szakemberek véleménye szerint.

– **Nem**, mert

- a gyors fogyás, a média nyomása, a versenyhelyzet miatt nem sikerült mindenkinek elsajátítani a komplex életmód-programot. Az elért testtömeget megtartotta N2 és F2, de nem sikerült megtartani N1, F1, F3 esetében.

Érdemes azonban megemlíteni, hogy a visszahízás mértéke csupán F1 esetében érte el az eredeti súlyt. Ezt pozitív eredménynek is értékelhetjük, hiszen a magányosan fogyókúrázóknak csak mintegy 5%-a tudja megtartani az elért testsúlycsökkenését, mintegy 95%-uk visszahízik az eredeti súlyára, vagy még magasabbra

(Pados, 2008). Felmerülhet a visszahízotaknál a túlsúly kommunikatív szerepe is, vagyis az, hogy a kövérség a személyes kapcsolatokban közlés-értékű. Az erre utaló vizsgálatok úgy találták, hogy a nem vállalható érzések közvetítésére kiválóan alkalmas a túlsúlyos külső megjelenés (Joó, 1993).

Javaslatok

A magyar lakosság egészségi állapota, táplálkozással összefüggő betegségben való halálozása, és a túlsúlyosok/elhízottak aránya mind arra mutat, hogy szükség van egy olyan népszerű és átfogó, egyszerűen alkalmazható egészségmegőrző

ző programra, ami el is jut a lakossághoz. Ezért szükség volna egy fogyást/egészségmegőrzést célzó televíziós műsorra, amely a korrekt szakmai tartalom mellett színvonalasan, tartalmasan, akár szórakoztatóan, de a bulvár-stílustól és szenzációktól mentesen, egyértelműen a köz érdekét szolgálná. Ideális esetben ez a műsor nem versenyhelyzetet teremtené, hanem bemutatná az életmódváltáshoz szükséges utat, végigkísérve azon a fogyni vágyókat. Megtaníthatná, mit és hogyan kell azért tenni, hogy ideális módon változzon a testsúly és testkép, valamint a résztvevő szakemberek tanácsai révén alapvető táplálkozási, testedzési és életmódra vonatkozó információkat adhatna minden érdeklődő számára.

Irodalomjegyzék

1. Barna, M. (szerk) (1996). Táplálkozás, diéta
Medicina könyvkiadó, Budapest, pp. 235
2. Béres, A. (2007): Súlykontroll program
Súlykontroll Kft, Budapest
3. Dr. Forgács, A. (2004). Az evés lélektana
Akadémiai Kiadó, Budapest
4. Dr. Halmy, L. (1996). Az elhízás mai szemlélete
Psychiatria Hungarica, 11 (3): 257-265
5. Dr. Joó, M. N., Dr. Prónay, (1993). Túlsúlyos betegek pszichológiai jellemzői különös tekintettel az interperszonális kommunikációra
Végeken, 4 (3): 34-38.
6. O'Dea, J. A., Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men
J. Am. Coll. Health, 50, 273-278.
7. Dr. Pados, Gy., Dr. Audikovszky, M. (2008). Tudatos fogyás
Springmed Kiadó, pp. 21
8. Prochaska és mtsai (1992). In search of how people change
American Psychologist, 47 (9): 1102-1114.
9. Dr. Rigler, E. (1993). Az általános edzéselméleti és módszertan alapjai I., Alapfogalmak, Terhelés
Országos Testnevelési és Sporthivatal, Budapest
10. Dr. Rodler, I. (szerk.) (2006). Új Tápanyagtáblázat
Medicina könyvkiadó, Budapest
11. Dr. Szollár, L. (1986). Az elhízás kórlektana
Medicina Kiadó, Budapest
12. Tsatsouline, P. (2007). Kezdd el a Kettlebellt! Az orosz erőemberek titka
Jaffa Kiadó, Budapest

A weight correction program for significantly overweight persons, conducted in the context of a TV “reality show”, and the influencing role of the accompanying publicity (Analysis of the underlying professional work and results of the show)

Béres, A.

Objective: The authors analysed the bodyweight correction program and its results from the perspective of the collaborating specialists (team coach, dietician), and also study the role and impact of the publicity resulting from the television broadcasts and the competitive format of the show.

Methodology and sample: The participants in the 21-week program were selected from among more than 1000 volunteers, following a pre-screening by an internal doctor, psychiatrist and director, and a detailed health assessment. The final sample for the study was 5 persons (n=5).

Results: Starting average body mass was 146.6 kg, maximum weight loss 90.6 kg, and the average weight loss 46.52 kg. The average body mass achieved at the end of the program was 100.4 kg. In the first, live-in phase of the program (10 weeks), the average body weight reduction achieved per week was 3.38 kg.

Owing to the publicity and reality-show format of the broadcasts, the program became primarily a fierce competition and tabloid sensation. For this reason, it was less suitable for communicating positive values and practical, useful advice to the population. Despite its flaws, however, the show did draw attention to the fact that with willpower and endurance, the appropriate attitude to exercise and diet, it is possible to shed excess weight, that it is possible and necessary to request help from a specialist, and that although slimming is a solitary task, it is nevertheless easier to do it in groups, where people struggling with similar problems can share the experiences with each other.

ÁLLÁSHIRDETÉS

A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
(1096 Budapest, Haller u, 29.)
intenzív részlegére felvételt hirdet szakápolók részére.

Jelentkezni lehet: 2009. december 15-ig
szakmai önéletrajzzal, hajzokm@kardio.hu

A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
(1096 Budapest, Haller u, 29.)
szívsebészeti részlegére felvételt hirdet szakápolók részére.

Jelentkezni lehet: 2009. december 15-ig
szakmai önéletrajzzal, hajzokm@kardio.hu

Lakossági gyógyszerellátással kapcsolatos betegpanaszok lehetséges útjai és következményei

Kujalek Éva

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

Összefoglaló

A szerző jelen írását a „Betegellátással kapcsolatos panaszok lehetséges útjai és következményei” című cikkének mintegy kiegészítéseként írta. Ebben a kéziratban a betegpanaszok speciális területével, a lakossági gyógyszerellátás során keletkező lehetséges problémákkal foglalkozik. Áttekintést ad a panasztételi helyekről, és bemutatja a panaszok kivizsgálására illetékes szereket. Felsorolja a lehetséges eljárásokat, valamint tájékoztatást ad a megalapozott panaszok következményeiről.

Bevezetés

Az egészségügyi ellátás során felmerülő betegpanaszokról egy évvel ezelőtt már írtam itt a NŐVÉR folyóiratban (2008. 21. évf. 4. szám). Jelen cikkben a lakossági gyógyszerellátással kapcsolatos panaszok lehetséges útjaival és következményeivel foglalkozom.

„gyógyszer: bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére állítanak elő vagy azok az anyagok vagy keverékei, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazható.” (2005. évi XCV. tv.)

„gyógyászati segédeszköz: az az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal élő személyes használatába adott orvostechikai eszköz (beleértve az in vitro diagnosztikai orvostechikai eszközt is), valamint az az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal élő személyes használatába adott - orvostechikai eszköznek nem minősülő - ápolási technikai eszköz, amely használata során nem

igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét.” (2006. évi XCVIII. tv.)

A közelmúltig gyógyszert kizárólag gyógyszertárban lehetett árusítani. A jelenlegi szabályozás (2006. évi XCVIII. tv.) lehetővé teszi más, kereskedelemmel foglalkozó helyeken is a gyógyszerforgalmazást. Gyógyszertáron kívül gyógyszert akkor lehet árusítani, ha:

- gyógyszertárban orvosi rendelvény nélkül is kiadható, és
- alkalmazását megelőzően az öndiagnózis egyértelműen felállítható, tévedés valószínűtlen vagy nem jár súlyos egészségügyi következményekkel, és
- veszélyessége (mellékhatás, kölcsönhatás) még jelentősebb mértékű túlادagolás esetén sem nagy.” (2006. évi XCVIII. tv.)

Gyógyászati segédeszközöket általában erre a tevékenységre specializálódott szaküzletben vagy gyógyszertárban lehet vásárolni, de az új törvény ebben az esetben is megengedi a kereskedők számára az árusítást.

A gyógyszertárban, illetve gyógyszert, gyógyászati segédeszközt árusító helyen többféle panasz fordulhat elő. Lehet:

- a) a gazdasági versenyt érintő,
- b) a kereskedelmi tevékenységgel kapcsolatos,
- c) a termékre vonatkozó,
- d) működési engedély feltételeként meghatározott szakmai követelményektől való eltérésre utaló,
- e) gyógyszerészeti hivatás szakmai, illetve etikai normáinak megsértésére vonatkozó,
- f) egészségbiztosítási ellátást érintő,
- g) egyéb kategóriába tartozó panasz.

A panasz megtehető minden esetben a forgalmazó cég, gyógyszerész vezetőjénél. A helyi vezető hatáskörén túlnyúló esetekben a továbbiakban lesz szó arról, hogy kihez lehet fordulnia a panaszosnak, vagy ki illetékes az adott panaszt kivizsgálni, az abban foglaltakat elbírálni.

Panasztételi lehetőségek

Gazdasági versenyt érintő panasz

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

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

Ezekben az esetekben bejelentést, illetve panaszt lehet tenni a Gazdasági Versenyhivatalnál (GVH), aki köteles a panaszt kivizsgálni, és annak eredményéről értesíteni a panaszost. A GVH illetékessége az ország

egész területére kiterjed, versenyfelügyeleti vizsgálatot hivatalból rendszeresen, illetve akár bejelentés vagy panasz alapján is végez. A bejelentést vagy panaszt bárki megteheti egy erre szolgáló úrlapon.

A GVH által lefolytatott vizsgálat eredménye lehet:

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

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

Kereskedelmi tevékenységgel kapcsolatos panasz

Ebben az esetben a fogyasztóvédelmi törvény rendelkezései az irányadók, amely szerint a szankcionálható magatartások:

- az áru előállítására, átvételére, mérlegelésére, csomagolására, címkézésére, megfelelőség-értékelésére, megfelelőségi jelölésére, árának feltüntetésére, tárolására, szállítására, forgalomba hozatalára, illetve a szolgáltatás nyújtására vonatkozó jogszabályok megsértése,
- a fogyasztók hamis méréssel, számolással, az áru minőségének rontásával való megkárosítása,
- a nyitva tartásra vonatkozó szabályok megszegése,
- üzletkörébe nem tartozó áru árusítása vagy szolgáltatás nyújtása,
- a fogyasztók minőségi kifogásait a jogszabályok megsértésével való intézése,
- a forgalomból áru jogosulatlan visszatartása, illetve szolgáltatás jogosulatlan megtagadása,

- a vásárlók könyvének szabálytalan kezelése,
- nem megfelelő minőségű áru forgalomba hozatala, illetve ilyen szolgáltatás nyújtása,
- a hatósági árnál vagy az árura, szolgáltatásra egyébként megállapított árnál magasabb árat kérés.

A kereskedelmi kamara békéltető testületet működtet a panaszok megoldására. Fordulhat hozzájuk maga a fogyasztó vagy fogyasztói érdekképviselőt ellátó társadalmi szervezet is. A békéltetés végeredményét határozatban teszi meg a testület, melyben a helyi önkormányzat is képviseltetheti magát. A határozat végrehajtását a Fogyasztóvédelmi Hatóság és a kereskedelmi kamara is ellenőrzi.

A békéltetés nem érinti a panaszos bírósághoz fordulási jogát. Ha a jogszabályba ütköző tevékenység a fogyasztók széles körét érinti vagy jelentős nagyságú hátrányt okoz, a fogyasztóvédelmi érdekképviselőt ellátó társadalmi szervezet vagy az ügyész pert is indíthat.

Ha a békéltetés nem vezet eredményre, a Fogyasztóvédelmi Hatóság eljárhat az ügyben. A döntése lehet:

- a jogsértő állapot megszüntetésének elrendelése,
- a jogsértő magatartás további folytatásának megtiltása,
- a fogyasztó életére, egészségére, testi épiségére veszélyes áru forgalomból kivonása, vagy ennek
- megsemmisítése a környezetvédelmi szempontok figyelembe vételével,
- az üzlet bezárása.

Fogyasztóvédelmi bírság kiszabására is lehetőséget nyújt a vonatkozó jogszabály. A Fogyasztóvédelmi Hatóság együttműködik az önkormányzati szervekkel, ellenőrzéseinek tapasztalatairól tájékoztatja azokat, illetve felkérésükre vizsgálatot folytat le. A határozatait nyilvánosságra hozza, melyek bírósági felülvizsgálatát lehet kérni. (1997. CLV. tv. és 2008. XLVII. tv.)

Termékre, szolgáltatásra vonatkozó panasz

A termékre érkező panasz esetében első-

ként eldöntendő kérdés, hogy gyógyszerre vonatkozik vagy más árura.

Ha nem gyógyszerrel van szó, akkor a Fogyasztóvédelmi Hatóság járhat el az előzőekben leírtak szerint, hasonlóképpen akkor is, ha a szolgáltatásra vonatkozik a panasz.

Ha a kifogásolt termék gyógyszer, az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) lesz az eljáró hatóság. Magyarországon gyógyszer kizárólag a nevezett államigazgatási szerv engedélyével lehet forgalomba hozni, illetve a gyógyszerre minősítési eljárás is ott történhet. Az Országos Gyógyszerészeti Intézet visszavonhatja a kiadott engedélyt, és felszólíthatja a gyártót a visszahívásra is. Ez utóbbit a gyártó maga is megteheti, ha valamilyen jelentős minőségi eltérést vagy valamilyen előre nem látott, súlyos következményekkel járó negatív hatást észlel készítményével kapcsolatban.

Más országokból való példa, hogy ha ilyen eljárásra kerül sor, az nagy nyilvánosságot is kap. Az egyik ilyen hír szerint a brit Egészségügyi Minisztérium rendelte el azonnali hatállyal egy fájdalomcsillapító kivonását a forgalomból, mert bizonyíthatóan több beteg halálát okozta. Felmérések szerint ezzel a gyógyszerrel összefüggésbe hozhatóan egy év alatt 400 haláleset történt, aminek egyötödét a szerrel elkövetett öngyilkosságok tették ki.

Gyógyászati segédeszközre vonatkozó panasz esetén az Országos Gyógyszerészeti Intézet mellett az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) is eljárhat.

Működési engedély feltételeként meghatározott szakmai követelményektől való eltérés miatti panasz

Gyógyszertárat működtetni, illetve gyógyszert, gyógyászati segédeszközt forgalmazni csak külön jogszabályban meghatározott tárgyi és személyi feltételek teljesítése esetén lehetséges (2006. évi XCVIII. tv. és 7/2004. EüM rend.). Az ÁNTSZ látja el a lakossági gyógyszerellátás felügyeletét, a gyógyszerellátók feletti szakmai felügyeletet, a gyógyszerellátással és a kábítószerrel kapcsolatos szakfelügyeletet. Biztosítja, hogy a forgalomból kivont gyógyszerkészítmény ne kerülhessen a betegekhez, szakhatóságként engedélyezi a gyógy-

szerforgalmazást. Az ÁNTSZ határozatával elrendelheti:

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

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

Az ÁNTSZ eljárhat hatáskörébe tartozó szabálysértés esetén, bírságot szabhat ki, és egyéb szabálysértés esetén feljelentést tehet az eljárásra illetékes szervnél. (1991. XI. tv.)

Gyógyszerészi hivatás szakmai, illetve etikai normáinak megsértésére vonatkozó panasz

A gyógyszerészi hivatás szakmai szabályainak megsértésére vonatkozó panaszt a tevékenység szakfelügyeletét ellátó ÁNTSZ vizsgálhatja, és, ha vizsgálata során bizonyítottan találja a szakmai követelmény megsértését, lehetősége van azt szankcionálni is:

- szabálysértés esetén helyszíni bírságot szabhat ki,
- egyéb szabálysértés miatt az eljárásra illetékes szervnél feljelentést tehet,
- kisebb súlyú cselekmény (mulasztás) esetén a felelős személyt figyelmeztetésben részesítheti,
- fegyelmi vétség esetén kezdeményezheti a fegyelmi jogkör gyakorlójánál a fegyelmi eljárás lefolytatását,
- bűncselekmény esetén feljelentést tesz az illetékes szervnél. (1991. évi XI. tv.)

A gyógyszerészekre vonatkozó etikai elvárásokat a Magyar Gyógyszerészi Kamara Etikai Kódexe és a Rendtartás (30/2007. EüM rend.) írja le.

Az etikai normák megsértésére vonatkozó panasz esetén való eljárásról korábbi cikkemben részletesen foglalkoztam. (2006. XCVII. tv.)

Egészségbiztosítási ellátást érintő panasz

Az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) vizsgálhatja az egészségbiztosítási ellátásokat, az azokkal kapcsolatos panaszokat. A rendelkezésére álló eszközök, amennyiben a panasz jogosnak bizonyul:

- a jogsértő magatartás további folytatásának megtiltása, akár azonnali hatállyal is,
- bírság kiszabása.

Az EBF 2009. I. félévi beszámolója szerint gyógyszerellátást érintő panasz nem érkezett hozzájuk. A betegek inkább tájékoztatásért fordulnak az Egészségbiztosítási Felügyelethez: egyes gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatottságáról, annak mértékéről érdeklődve.

Az EBF határozata ellen bírósághoz lehet fordulni.

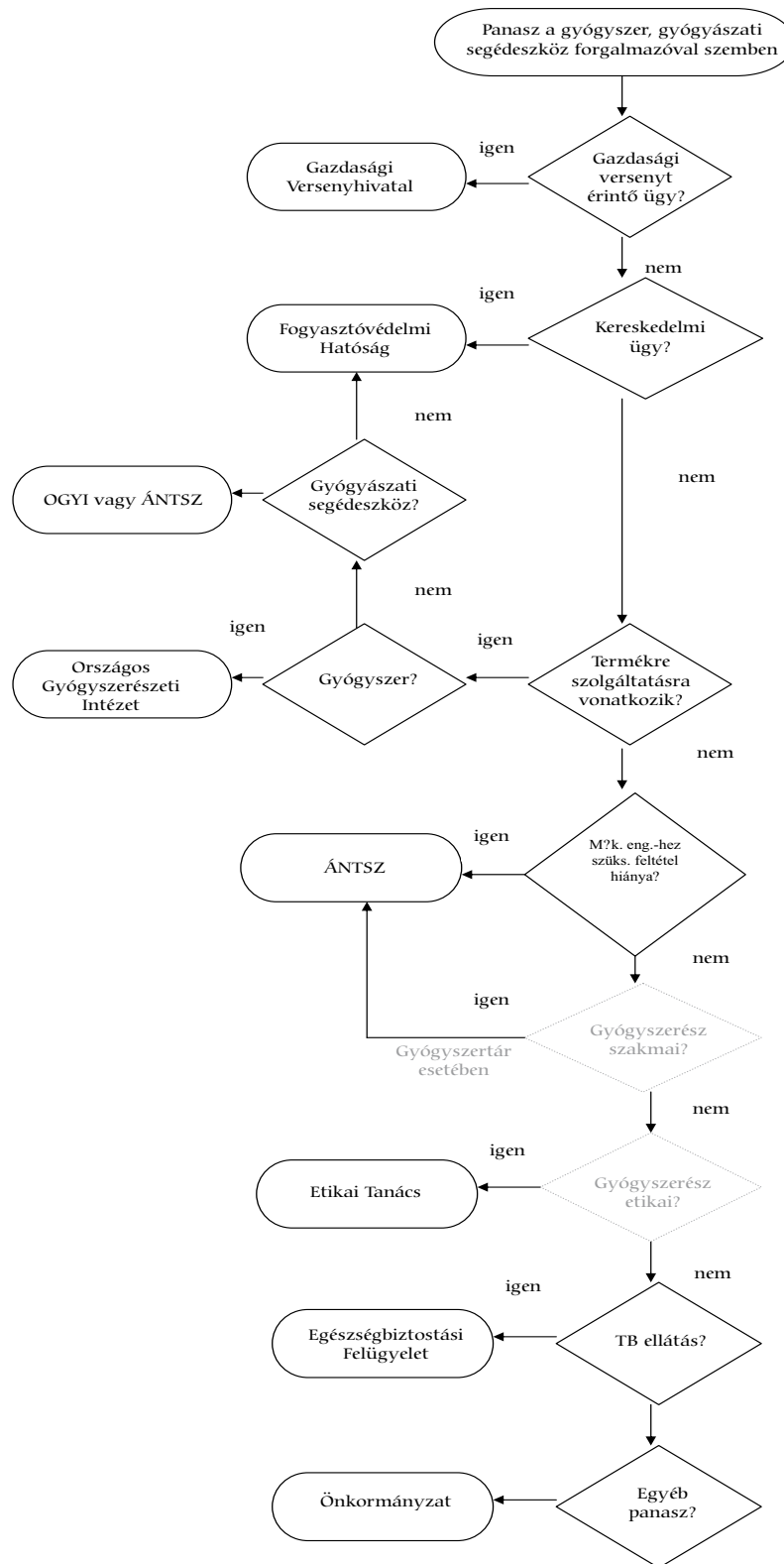
Egyéb kategóriába tartozó panasz

Az önkormányzati törvény (1990. évi LXV. tv.) alapján az önkormányzatnak lehetősége van minden olyan ügyben eljárni, panaszt kivizsgálni vagy annak vizsgálatát az illetékestől kérni, ami a területén élő lakosságot kollektívan érinti vagy érintheti. A panaszok intézése különösen abban az esetben feladata a helyi önkormányzati szerveknek, ha az nem tartozik más, pl.: bíróság, államigazgatási szerv hatáskörébe. (2004. XXIX. tv.)

A lakossági gyógyszerellátás során felmerülő panaszok esetében a panasztételi lehetőségek és kivizsgáló szervek összefoglalása az **1. ábrán** látható.

Tekintettel arra, hogy az adott gyógyszer-tár vezetőjénél, illetve az egészségügyi miniszternél, mint az ágazatért felelős személynél minden esetben tehető panasz, így ezek külön nem kerültek feltüntetésre az ábrán.

1. ábra: Panasztételi lehetőségek és kivizsgáló szervek a lakossági gyógyszerellátás során felmerülő panaszok esetében



Jogszábaályok jegyzéke

1. 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
2. 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről
3. 1996. évi LVII. törvény a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról
4. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
5. 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről
6. 2004. évi XXIX. törvény az európai uniós csatlakozással összefüggő egyes törvénymódosításokról
7. 2004. évi CXI. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
8. 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról
9. 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról
10. 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól
11. 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről
12. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
13. 2008. évi XLVIII. törvény a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról
14. 362/2006. (XII.28.) Kormányrendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről
15. 7/2004. (XI.23.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeiről
16. 15/2005. (V.2.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről
17. 30/2007. (VI.22.) EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról
18. 41/2007. (IX.19.) EüM rendelet a közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertárak, továbbá intézeti gyógyszertárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről

Irodalomjegyzék

1. Egészségbiztosítási Felügyelet 2009. I. félévi beszámolója
www.ebf.hu, megtekintve: 2009. szeptember
2. A Magyar Gyógyszerészeti Kamara Etikai Kódexe (2007. május 19.)
www.mgyk.hu/upload/mgykietkodex.pdf, megtekintve: 2009. február
3. Weborvos: Betiltották a gyilkos nyugtatót
www.weborvos.hu, megtekintve: 2005. február

Possible means and consequences of patient complaints related to household medicine supply.

Kujalek, É.

The author wrote this article as a supplement to a previous essay entitled: "The possible means and consequences of patient complaints related to patient care." The article is concerned with the potential problems arising in a special area of patient complaints: household medicine supply. It gives an overview of the places where complaints may be submitted, and introduces the bodies with responsibility of investigating them. It lists the possible procedures, and provides information about the consequences of complaints that prove to be substantiated.