

Láttelelet®

HUNGA COORD
SAJTÓIRODA

XLV. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2001. 12. / 2002. 01. szám

Bizonyítékokon alapuló orvoslás – az egészségnyereség iránytűje

Az Országos TUDOR Hálózat „*Bizonyítékokon alapuló orvoslás és Minőségfejlesztés az egészségügyben*” címmel október végén sajtótájékoztatót tartott a SOTE Egészségügyi Menedzserképző Központjában.

A bizonyítékokon vagy tényeken alapuló orvoslás (BAO) néhány éve jelent meg a hazai köztudatban és azóta is heves viták középpontjában áll. Harcos ellenzői a BAO-t az orvosi szabadságot megnyirbáló, klisék szerinti orvoslásnak, mások pusztán költségmegtakarító eljárásnak kiáltják ki. Ezzel szemben a BAO nem finanszírozási bunkó, sőt nem is szakmapolitikai csodafegyver, hanem sokkal inkább iránytű. Olyan módszertan, amely a gyakran ellentmondó információk özönében álló orvost és egészségpolitikai döntéshozót segíti a helyes út megtalálásában, a legnagyobb egészségnyereséget biztosító döntések meghozatalában. A félreértések elkerülése érdekében eleve le kell

szögezni, hogy a Bizonyítékokon Alapuló Egészségügy (BAE) középpontjában a beteg és betegsége, illetve a betegellátás és a beteg életminőségének javítása áll.

A BAE megvalósulásához szükséges szakmai igény és szemléletváltás kialakításának elsődleges feltétele a BAE módszertanának alkalmazására és oktatására képes hálózat létrehozása. Ennek érdekében a Szegedi Tudományegyetem koordinálásával, 1999-ben TUDOR néven (Tudományos Orvoslás), országos, humán erőforrás fejlesztési projekt indult. A projekt célja a bizonyítékokon alapuló egészségügy és a bizonyítékokon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal támogatása és terjesztése Magyarországon. A brit *Department for International Development* a projektet közel 140 millió forinttal támogatja. A sajtótájékoztatót egésznapos konferencia előzte meg.

(folytatás a 8. oldalon)

Ájurvéda Magyarországon

Magyar-indiai egészségügyi együttműködési megállapodást írt alá 2001. december 10-én Mikola István egészségügyi miniszter és Lakshmi Puri indiai nagykövet a 2005-ig terjedő időszakra. Mikola István a megállapodás aláírása alkalmából tartott beszédében rámutatott egyebek között arra, hogy: „*India az egyik fontos tudásforrásunkká vált, amikor az a döntés született, hogy a magyar lakosság a hagyományos orvoslás előnyeit is élvezhesse.*”

Mi is az ájurvéda?

Sem nem ezoterikus tan, sem nem természetgyógyászati módszer, hanem az idők próbáját kiállt, gyakorlati tapasztalatokon alapuló, hagyományos indiai gyógyító rendszer, amely valamennyi ősi orvostudomány alapjául szolgál és amely ma is fontos kiegészítője lehet a modern orvostudománynak a betegségek megelőzésében, illetve gyógyításában.

Az ájurvéda szanszkrit szó, amelyben az áju életet, a véda tudást, tudományt jelent, az ájurvéda tehát az élet tudománya. Forrásmunkái a „*Caraka Samhita*” szanszkrit nyelvű gyógyszerkönyv ie. 500-ból, amelynek fejezetei 1500 gyógynövényfajta és azok kombinációi, valamint ásványok, fémek gyógyító tulajdonságait írják le. A másik fontos alapmunka a „*Szusruta Samhita*”, amely a modern gyógyszer adagolási rendszer előfutárának tekinthető a sebészet és a gyógykezelések részletes leírásával.

A gyógyító iskola nyolc ágazatra oszlik: belgyógyászat, sebészet, fül-orr-gégészet, szülészet és gyermekgyógyászat, toxikológia, pszichiátria, a vitalitást fokozó, fiatalító gyógymódok, valamint szexológia és szaporodás.

Ezen ősi tudásanyagból merített Hippokratész, a kínai akupunktúra és az arab orvosok. Napjainkban a világon mintegy ötmillió ájurvédikus orvos praktizál – ebből Indiában mintegy nyolcszáz ezer. Indiában 94 egyetemen folyik ájurvédikus képzés, a legnagyobb a benáresi. Hazánkban még elenyésző a képzett ájurvédikus orvosok száma, bár 1992-ben már megjelentek az első, OGYI által engedélyezett ájurvédikus gyógytermékek és 1996-ban meg-

alakult a Magyar Ájurvéda Gyógyászati Alapítvány is. Az Egészségügyi Minisztérium 11/1997-es határozata alapján az ájurvéda a hivatalosan elismert, orvosi végzettséghez kötött tevékenységek sorába tartozik. A hazánkban fellelhető ájurvédikus szakirodalmat a MEDINFO tartja nyilván.

Az ájurvédikus orvoslás a hangsúlyt a betegségek megelőzésére, a szelíd gyógymódokra, a beteggel való együttműködésre helyezi. Az egyén veleszületett testtípusából indul ki (melyet szanszkrit szóval prakriti-nak nevez) és az ahhoz képest mutatkozó elváltozást, eltérést gyógyítja, hogy helyreálljon a megbilent egyensúly.

A prakriti mind az elmét, mind a fizikai testet magában foglalja. Megértéséhez az elme és a test közötti találkozási pontot kell szemügyre vennünk, mert ez az a hely, ahol a gondolat anyaggá alakul a három ún. dosa segítségével. Ezek: a levegő minőséget képviselő *Vata dosa*, amely a mozgást uralja, a tűz jellegű *Pitta dosa*, amely az anyagcseréért felel, végül a *Kapha dosa*, amely a föld és a víz elemből tevődik össze és a csontvázat képviseli. Mindegyik dosának megvan a rá elsősorban jellemző betegséghajlama. Például a Kapha típusú ember hajlamos az eldugult melléküregekre és egyéb nyálkahártya panaszokra, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a túl sok vízhez, de fenyegeti a föld nehézségét kifejező elhízás, túlsúly is. A dosák közvetlenül nem láthatók; anélkül vezérlik testünkben a fizikai folyamatokat, hogy maguk teljesen fizikai természetűek lennének. Azonban ahhoz eléggé megfoghatók, hogy a helyükről elmozdíthatók, növelhetők, illetve csökkenthetők legyenek. Megrekedhetnek a szövetekben és áthelyeződhetnek a test más részeire, ahová nem valók – vagyis a fizikai létezés határán mozognak. A test és a lélek közötti résben rejtőzve semmi olyasmire nem hasonlíthatnak, ami a nyugati tudományos fogalmaknak megfelelne, maga a dosa szanszkrit szó is lefordíthatatlan, csak körülírására vállalkozhatunk.

(folytatás a 2. oldalon)



A leves hazudik

Érzékeink manipulálására észrevétlenül egy világhatalom szerveződött: az ízipar. Mindegy, hogy csecsemőledel vagy gyümölcsjoghurt, felvágott vagy sütemény, nem azt esszük, amit eszünk. Az ipar láthatatlanul fűszerez.

Aromák, ízfokozók, ízjavítók, ízfelfedők, adalékanyagok, mesterséges édesítőszer, ételimitátumok. A huszadik század élelmiszeriparának hatalmas fejlődése a fogyasztók többsége számára rejtve maradt. Ódivatú elképzeléseket dédelgetünk ételeinkről, amelyek már rég nem azok, amik valaha voltak. Füstölés helyett műfüsttel permetezik be a sonkákat és kolbászokat, és mert a műfüst nem tartósít, valamennyi tartósítószer is kerül a termékekbe. A pácolás során a hús már nem veszít víztartalmából, hanem kicsit még nyer is, az eper íze pedig rég nem az eprektől származik, hanem egy ausztrál fa fűrészpóráinak kivonatából.

„A leves hazudik” – állítja Hans-Ulrich Grimm, a Spiegel volt szerkesztője lélegzetelállító könyvében.

„A Knorr Tyúkhúsleves csigatésztaival nevű terméke például csak két gramm szárított tyúkot tartalmaz, granulátum formájában. Ez nem

több, mint 7 gramm eredeti tyúknak felel meg („nedves tyúk” elnevezésű). Természetesen nincs a világnak olyan szakácsa, aki ebből tyúki tudna varázsolni négy tányér leveshez. A Knorr képes erre egy gramm „aromával”, a gyári ízzel. Ez ugyan nem lesz igazi tyúkhúsleves, de „összehasonlítható megoldás”, ahogy a Knorr egy vegyész ezt a folyadékot nevezi. A Maggi is hasonlóképpen csinálja. Az úgynevezett Marhahúslevesbe literenként 2,3 gramm marhahúsleves és minimum 670 milligramm húskivonat kerül. Ezt a felirat szerint mennyiségileg egyéb anyagok megelőzik: jódosított só, aroma, ízfokozók (nátriumglutám, E 631, E 627). Tulajdonképpen túlzás a készítményt az elenyésző mennyiségű, milligrammos nagyságrendű húskivonat után elnevezni. Lényegesebb alkotórészei után „jódozott só-aroma-ízfokozó levesnek” kellene hívni. Ez persze nem hangzik valami csábítóan. A levesevő ezt a terméket valószínűleg be sem akarná kanalazni. Miután azonban az igazság fékezne az étvágyat, a feliraton kell „szépiteni”.

A leves hazudik. De a pékmester kenyere sem mindig teljesen őszinte, a zsemle sem, sőt a sütemények is svihákok.”

(folytatás a 2. oldalon)

SHILAJIT kapszula

Megőrzi fiatalos életerejét

A Shilajit a Himalája szikláinak „verejtéke”
Gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmény.

A Shilajit legendás gyógyanyaga az ősi hindu gyógyászatnak.
A Shilajit összetevői:

Növényi eredetű szerves vegyületek:

- oligosaccharidok, gyanták, aminosavak, fitoszterinek, növényi savak benzoátok, enzimek, vitaminok.

Növényi eredetű szervetlen vegyületek:

- kalcium, kalcium, kalciumkarbonát, vas, magnézium, foszfor, jód.

Javallatok: - általános roborálás, testi-és szellemi kondíciójavítás,

- betegség utáni legyengült állapotok kezelésének kiegészítése,
- időskori vitalitás tokozása.

Adagolás: Naponta 2-3-szor 1 kapszula étkezés után, tejjel, limonádéval, gyümölcslével.

Figyelmeztetés: cukorbetegeknek nem javallt!

Nyt.sz. : OGYI-247/1991.

Felhasználható: száraz, hűvös helyen tartva, 2 évig

Gyártja : DABUR India Ltd. Harsha Bhawan, Block 'E', Connaught Place, New Delhi - 110 001. India.

Importálja : Garuda Trade Ltd. 1145 Budapest, Ujvilág u. 31-33.



Ájurvéda Magyarországon

(folytatás az 1. oldalról)

Megszüntetni a betegséget az ájurvédában annyit tesz, mint újra helyreállítani a dosák – az egyén praktikiájának megfelelő – kombinációját és mennyiségi arányát.

Az ájurvéda a betegség kialakulásának hat fázisát különíti el, amelyek mindegyike a dosák egyensúlyának megbomlását jelzi ugyan, de megjelenési formája a betegségfolyamat előrehaladásával változik a diszkomfort érzettől a betegség kiteljesedéséig.

Az ájurvédikus szereket természetes – növényi, állati és ásványi – eredetű alapanyagokból állítják elő az ősi receptúra és a modern technológia ötvöztetésével, kedvező áron, mely Indiában elsődleges szempont. Legnagyobb gyártójuk az indiai Sahibabad-ban található **Dabur** cég, amelyet 1884-ben alapított a kolera, a malária és a pestis gyógyításáért küzdő indiai orvos, S.K. Burman.

Néhány, az ájurvédikus kezelésre jól reagáló betegség: chr. bronchitis, rheumatoid arthritis, chr. allergiák, psoriasis, vitiligo, hyperaciditas, irritabilis bél syndroma, menopausa syndroma, Alzheimer kór, Parkinson kór, sclerosis multiplex, chr. vesebetegség, májbetegségek, osteoporosis, stb. Néhány, nálunk is kapható ájurvédikus szer és azok hatása:

A **Shilajit**: alapanyaga a Himalája szikláinak gyógyanyaga, a mumio. Összetevői: oligosacharidok, gyan-ták, aminosavak, fitoszterinek, növényi savak, benzoétek, enzimek, vitaminok, kálium, kalcium, kalcium-karbonát, magnézium, foszfor, jód. Az Indian Materia Medica (Új-Delhi, 1908) szerint az **ókor „antibiotikumának”** nevezett Shilajit hatásos: bronchitis, asztma, emésztési zavarok, aranyér, vizeleti pana-

szok, gyulladások, ízületi betegségek esetén, betegség utáni legyengült állapotban. Vértisztító, tonizáló, enyhén hashajtó hatású, légzésstimuláló, fertőtlenítő, köptető, ideg- és elme roborálószer, erősíti az immunrendszert. Veseköveseknek, inzulinfüggő cukorbetegeknek nem ajánlott, de javítja a hasnyálmirigy működését.

A **Chyawanprash Vita Jam** 53 gyógynövény főzetéből készült, a szilvalekvár színére és állagára emlékeztető dzsem. Fő összetevője az amla nevű gyümölcs, mely igen gazdag C-vitamin forrás. A *Vita Jam segít a jó közérzet, az étvágy és az általános erőnlét fenntartásában*. Immunrendszer erősítő hatásán kívül képes a környezeti ártalmak káros hatásainak közömbösítésére a sejtekben felhalmozódott vegyi ártalmak lekötésével. Alkalmas szer a kemo- és radioterápiás mellékhatások enyhítésére is. Elősegíti a testszövet-sejtek anyagcseréjének szabályozását és különösen a változó időjárási viszonyok mellett hatékony védelmet nyújt a meghűlés és más betegségek ellen. Ismeretes a stressz, a szorongás elleni, valamint memória élénkítő hatása. A Vita Jamban lévő, különleges illatú és sajátos zamatú kardamom mag számos gyomorpanasz enyhítését segíti elő. Semmiféle mellékhatása nincs, bármely korosztály szedheti teáskanálnyi mennyiségben, akár lekvárként fogyasztva.

A **Nature Care** elsősorban a bélműködés szabályozására, a székrekedés megelőzésére, hashajtóként, aranyér kiegészítő kezelésére, valamint a koleszterinszint csökkentésére szolgál. A világon egyedül Indiában honos a Plantago Ovata nevű növény, melynek magját az indiai gyógyászat már több mint

háromezer éve használja és a Nature Care egyik fő összetevője. A Nature Care tartós szedés esetén sem eredményez hozzászokást. Fő hatása abban áll, hogy a növény rostanyaga a vízviSSzatartás fokozásával felgyorsítja a táplálék áthaladását a bélrendszeren. Szédése kúraszerűen javasolt. A szagtalan, barnás színű, édeskés ízű port folyadékban elkeverve kell fogyasztani. Mellékhatása nincs, de bélszűkület, bélelzáródás, vagy azt előidéző körülmények esetén nem célszerű alkalmazni.

A **Dabur Balzsam** ősi recept alapján készült kenőcs, mely különféle gyógynövényeket és illóolajokat (egyebek közt menta, eukaliptusz, terpén, szerecsendió olaj, kámfor, timol, ajowain, valamint vazelin) tartalmaz. Antiszeptikus, érzéstelenítő, tisztító hatása révén alkalmas meghűlés, köhögés kezelésére (bedörzsölés, inhalálás formájában). Idegszál húzódás esetén borogatást, migrénes fejfájásnál aromaterápiát célszerű alkalmazni a Dabur Balzsammal. A készítmény hatásos rovarcsípés, illetve szunyogriasztás esetében is. Célszerű a házi patikában tartani. Ügyelni kell arra, hogy szembe és ornyílásba ne kerüljön.

Az **Ashwagandha** növény botanikai neve: Withania Somnifera. Indiai ginzeng-nek is nevezik a benne lévő hatóanyagai alapján. A legújabb kutatások eredményei megerősítették az Ashwagandha immunrendszert szabályozó és stressz elleni hatékonyságáról alkotott korábbi tapasztalatokat. Kiváló erősítőszer, amely fokozza a szervezet ellenálló képességét az általános fizikai gyengeséggel, fáradtsággal szemben, enyhíti az idegesség, stressz, ingerlékenység, álmatlanság okozta tüneteket, késlelteti az öregedés folya-

matát, meggyorsítja a betegség utáni felépülést, regenerálódást. Jótékony hatású az allergiás megbetegedések, a szénanátha és az alacsony vérnyomás esetén. Mellékhatásai nincsenek. A **Livfit** kilenc indiai gyógynövényt tartalmazó szer, amely vegyszerek és más mérgező anyagok okozta májkárosodás megelőzésére, májregenerálásra, emésztési panaszok csökkentésére szolgál, szirup, illetve tabletta formájában, az ugyancsak gyógynövény kombinációt magában foglaló **Pudin Hara** pedig az epekiválasztási zavarok megelőzésére, gyomorgörcs, puffadás, teltség érzet, szélgörcsök enyhítésére alkalmazható.

Még hatékonyabban őrizhetjük egészségünket, ha figyelembe vesszük az ájurvédikus étrend általános elveit. Míg a nyugati táplálkozási szokások találasakor minden a zsírok, fehérjék, szénhidrátok, a kalória bevitel, a vitaminok és ásványi anyagok körül forog, addig az ájurvédikus táplálkozás kulcsa maga a természet. Ízlelőbimbóink már egy falatnyi étel elfogyasztásakor információkat továbbítanak a már említett három dosának. Az ájurvéda segítségével ezekre az információkra és ösztöneinkre hagyatkozva, természetes módon, kiegyensúlyozott, a praktikinknek megfelelő étrendet alakíthatunk ki magunknak. A kiegyensúlyozott étrendnek minden étkezéskor tartalmaznia kell mind a hat rászát, azaz, mind a hat ízt (édes, sós, savanyú, keserű, csípős és fanyar). Ha az adott étkezésből hiányoznak bizonyos ízek, azok megfelelő fűszerezéssel pótolhatók, a lényeg, hogy naponta kapja meg szervezetünk mind a hat ízt, hogy teljes leheessen a test ételekre adott reakciója. Az ízek a túlsúlyba került dosák kiegyensúlyozására is használhatók, mivel mindegyik dosa azokat az

ízeket keresi elsősorban, amelyek egyensúlyban tartják. Az ízek mellett az ételeket még a hat, úgynevezett guna (minőség) jellemzi, amelyek mindig párosával fordulnak elő: nehéz vagy könnyű, olajos vagy száraz, illetve meleg vagy hideg. Néhány példa: a búza nehéz, az árpa könnyű, a sajt nehéz, a főlözött tej könnyű, a tej olajos, a méz száraz, a szójabab olajos, a lencse száraz. A bors meleg, a menta hideg, a tojás meleg, a tej hideg, és így tovább.

A Vata „levegős” dosa, étkezéskor jellemző panasa a belekben keletkező gáz. A száraz és hideg ételek a Vata dosát növelik, míg a csipős, forró ételek a Pitta dosát fokozzák. A nehéz és hideg ételek a Kapha dosa túlsúlyát idézik elő.

Az ájurvéda szerint az egészség fenntartásának kulcsa a praktikinknek, azaz testtípusunknak és az éghajlatnak megfelelő táplálkozás és az egészséges, a napok és évszakok ritmusát figyelembe vevő életmód.

Az ájurvéda tanítása értelmében minden embernek hatalmában áll meggyógyítani önmagát, ha megismeri és megérti saját testét, annak igényeit. A tökéletes egészség első titka, hogy az a saját választásunk legyen. Ahhoz, hogy ezt a döntést sikerrel meghozzuk és kifejezésre juttassuk valamenyny megnyilvánulásunkban, nagy segítséget nyújt az ájurvéda rendszere.

A közelmúltban aláírt magyar-indiai egészségügyi együttműködés lehetőséget teremt arra, hogy 2002-ben Magyarországon is megindulhasson az ájurvéda posztgraduális orvosképzés a humán, az állatorvosi és a mezőgazdasági egyetemeken.

Szádvári Lidia
Budapest

A leves hazudik „Az ételek szép új világa”

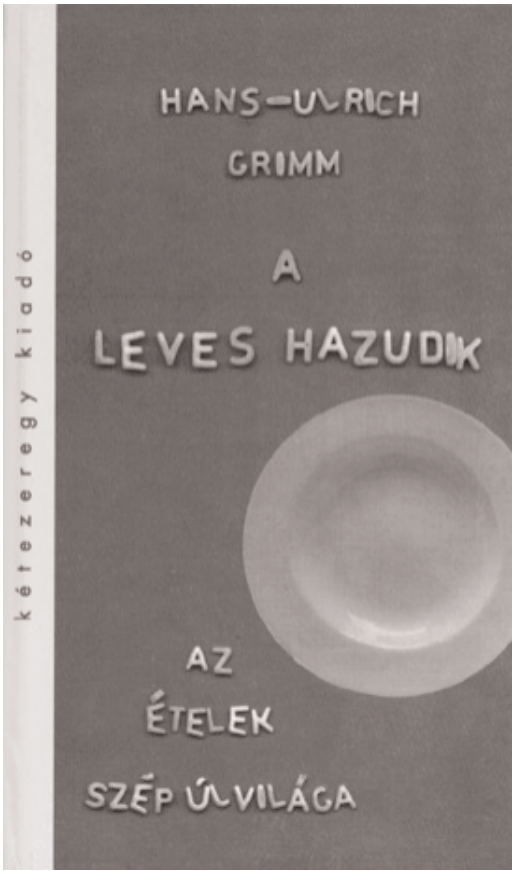
(folytatás az 1. oldalról)

Az élelmiszeripar több mint 20.000 félé adalékanyagot kever ételeinkbe, és több mint hatezer félé ízanyagot.

Az adalékanyagokat E-számokkal jelölik és feltüntetésük az árukon kötelező. Így a figyelmes olvasó az apróbetűs szöveg tanulmányozásakor legalább azt megtudhatja, hogy milyen számot viselnek az anyagok, amelyeket fogyaszt, mivel a pontos névnek az élelmiszeripari törvények szerint nem kell szerepelnie a csomagolásokon, csak a csoporthoz tartozásnak, így például, hogy antioxidáns vagy tartósítószer-e a kérdéses anyag. Az aromák az adalékanyagok között kivételes helyet foglalnak el, ugyanis nincsenek megszámozva, bejelentési és engedélyezési kötelezettség nélkül az előállító gyártási titkaként kerülhetnek élelmiszereinkbe.

Ez egy rendkívül diszkrét iparág, nem szervez reklámhadjáratokat, nem veri nagydobra, hogy mérnökei sok éves fáradtságos munkával milyen új kreációkkal lepték meg a nagyérdeműt. Az élelmiszerek címkéin is teljes a diszkréció, alkalmazkodva a vevők elvárásaihoz. Így a nemkívánatos, ellenérzéseket szülő „mesterséges” kifejezés a törvényhozók jóváhagyásával az aromákkal kapcsolatban sehol sem jelenik meg. A vevő ugyanis a természetes szereti és a címkéken is ezt szeretné látni. Így az aromák lehetnek „természetesek” esetleg „természet azonosak” és még a legmesterségesebbeket is csak „aromaként” kell, hogy feltüntesse az ipar. Mindez hazánkban sem csak a jövő zenéje. Élelmiszerboltjaink polcai roskadoznak a nyugati áruktól, Magyarország az Európai Unióhoz való csatlakozás reményében átvette az élelmiszerekre és így az adalékanyagokra és aromákra vonatkozó törvényeket. Ezeket az anyagokat az ipar méregkeverői mindaddig adagolhatják ételeinkhez, ameddig egészségkárosító hatásai ki nem derülnek. Illetve azon túl is. Az adalékanyagokkal kapcsolatos egyik legnagyobb botrány az ötvenes évek közepén, az úgynevezett „vajszárga” kapcsán tört ki. A

vajszárgát a vaj és a margarin színezésére használta az ipar, így a fogyasztók napi menüjéhez szervesen hozzátartozott. Az anyagról már 1937-ben kiderült, hogy patkányokon májrákot idéz elő. Az 1938 és 1951 között Németországban elvégzett vizsgálatok rákkeltő hatását



igazolták. A vajszárgából rendkívül kis mennyiségeket fogyasztottunk el nap mint nap, amely csekély mennyiségek önmagunkban nem voltak veszélyesek. Az évek során azonban a mennyiségek összeadódtnak, és amikor az

összmennyiség eléri a rákkeltő hatást, az anyag valóban rákot is vált ki.

Ez a megfigyelés ellentmondott a tudomány azon állításának, miszerint a rákkeltő, illetve az egyéb egészségkárosító hatások a mennyiség függvényei, és csak egy bizonyos mennyiség felett veszélyesek az anyagok. A vajszárga botránya felrázta a világot, és az adalékanyagokkal kapcsolatos kritikátlan elfogadás helyett a törvényhozók ismét megkísérelték az adalékanyagok engedélyeztetésének megszigorítását. A javaslatok azonban megbuktak az ipar ellenállásán.

Az adalékanyagok egészségünkre gyakorolt hatásai rendkívül széles skálán mozognak, így okozhatnak általános betegségtüneteket, fejfájást, hányingert, hányást, hasmenést, tarkó és nyakszibbadást, illetve károsíthatják az ereket, a májat, a szívet, a kromoszóma állományt. Allergia kiváltó hatásuk világszerte komoly problémát okoz, mivel számos készítményen nem kötelező feltüntetésük, így a csomagolatlan áruféléről nem derül ki, hogy mit tartalmaznak, csakis az éttermekben büfékben felszolgált élelmiszerekről.

Az adalékanyagok további meglepő hatásaira egy londoni gyermekkórház vizsgálataiból derült fény. A kórház gyermekneurológusa a korunk betegségeként nyilvántartott hiperaktivitást és a gyermekkori migrént vizsgálta az élelmiszerfogyasztási szokások tükrében. Kis betegeit egy sajátos diétával etette, amelyből hiányoztak az ipari élelmiszerek, így a levesporok, konzervek, a hamburger és az előre elkészített joghurtok is. Az ismert allergia kiváltó anyagokat szintén elhagyták a táplálékból mint a szóját, a tehéntejet és a halat. A vizsgálat végeztével 76 hiperaktív gyermekből 62-nél egyértelműen javult a viselkedés, míg a kis migrénes betegek 93 százalékánál tűntek el teljesen a tünetek. Hans-Ulrich Grimm könyve szórakoztató és

megdöbbentő olvasmány mindarról, amit eddig csak sejtettünk. A szamizdatként terjesztett, fénymásolt, figyelem felkeltő papírok után az első olyan könyv, amelyből a magyar olvasó világos képet kaphat az élelmiszeripar diszkrét segítőiről, az adalékanyagokról és az aromákról. A szerző lebilincselő, tényfeltáró műben adja közre az élelmiszeripar turpisságait, nevén nevezve a résztvevőket. Így megtudhatjuk, hogyan készíthető a szennyvíztisztítók maradvékából „toilette burger”, a tenger eddig semmire sem becsült gyümölcséből homár, garnélarák vagy akár disznóhús, hogyan lesz penészgomba kultúrákból pulykaszelet-imitátum, a madártollból bonbon vagy péksütemény és mit is takar a gyümölcsjoghurtokon szereplő „gyümölcskészítmény” elnevezés, amelynek néha csak 40 százaléka gyümölcs. Mi is az a „Fake food”, azaz hamis étel, és hogyan lehet a szemetet a leggazdaságosabban hasznosítani. Az EU, illetve a tagállamok kormányai által államilag is támogatva. „Az élelmiszeripar diszkrét segítői olyan területen dolgoznak, amely a rejtett bevetést nagyon megkönnyíti, mivel az izmanipulációk szinte láthatatlanok, érzékszervekkel alig érzékelhetők. Az írástozásokhoz gyakran elképzelhetetlenül kicsiny mennyiségek elegendőek. A Filbertonak abból az anyagból, amely például a joghurtot mogyoróízűvé varázsolja, elegendő 5 milligramm 1 millió liter víz ízesítéséhez. Mégis megdöbbentő mennyiségek kelnek el ezekből a szuperhatásos anyagokból: csak Németországban évente 15000 tonna, amelyből 5100 tonna édes, és 5500 tonna gyümölcsízű. Ez 15 millió tonna élelmiszerhez elegendő. Minden állampolgár – a csecsemőktől az aggastyánokig – naponta 500 gramm iparilag ízesített élelmiszert fogyaszt, az átlagos napi élelmiszerfogyasztás felét. Érdekes azonban, hogy az emberiség mintha egyre jobban kedvelné a fűtőszalagról származó ételeket. Egyre ritkábban akarunk mi magunk a tűzhely mögé állni.

(folytatás a 9. oldalon)

Prevenció: korszerű étrend, életmód és táplálékkiegészítők

Statistikai adatok tanúsága szerint Magyarország élen jár a kardiovaszkuláris, kardiopulmonáris, cerebrovaszkuláris és karcinomás megbetegedésekben és az ezekkel összefüggő halálozásban. Az iparilag fejlettebb országokban sem biztató a helyzet: a daganatos betegségek napjainkban az Egyesült Államokban a nőknél vezető halálókként szerepelnek, s a hetvenes évek óta a halandóság több mint 15 százalékkal növekedett a tüdő- és a végbélrák esetében. Dr. Illyés Edit általános és gyermekbelgyógyász szakorvos egy évtizede kutatja a különféle betegségek és a táplálkozás közti összefüggéseket, és nyújt gyakorlati, személyre szabott tanácsadást a táplálkozási és életmódbeli kérdésekben, nem természetgyógyászati, hanem hagyományos, orvosi szempontú megközelítésben. A megelőzés és a betegségek elleni védekezés három területen zajlik: az étrend korszerűsítésével, táplálékkiegészítők alkalmazásával és az életmód megváltoztatásával, illetve módosításával.

A betegségek megelőzésével kapcsolatos tanácsadásban kiemelkedő a családorvos szerepe, aki jól ismeri a kockázati tényezőket, amelyek az adott családban előforduló hajlamosító tényezőkből, illetve az életmódból adódóan bizonyos idő elteltével várhatóan előfordulnak. A szülő magas vérnyomása esetén kétszeres lehet a gyermek esélye erre, mellráknál akár három-négyszeres az előfordulási arány az utódban. Kiemelkedő fontosságúak az időben elvégzett szűrővizsgálatok, a non-invazív, olcsó rutin laboratóriumi vizsgálatok. Ha történetesen egy gyereknel familiáris zsír-anyagcsere-zavar áll fenn, már gyermekkorban elkezdhető a megelőzés a táplálkozás átalakításával, változatos, könnyű étrenddel, s ebben az életkorban már táplálékkiegészítők is adhatók. Például egy tízes triglicerid értékét mutató eredmény esetén a heti öt alkalommal adott makrélá vagy lazac képes jelentősen csökkenteni a káros, érfal meszesítő alapanyagot egészen kis gyerekek esetében is. Ugyanakkor koleszterincsökkentő gyógyszerek csak felnőtteknek adhatók – hangsúlyozza dr. Illyés Edit.

A kockázatok felismeréséhez Magyarországon is minden feltétel adva van, a kérdés az, hogyan védekezzünk a betegségek ellen? A daganatos betegségek kialakulásában a több jelentős kockázati tényező közül gyakran előforduló tényező a dohányzás és a táplálkozás.

A fejlett országokban az utóbbi évtizedekben jelentősen megváltoztak a táplálkozási szokások. Csökkent a gabonafogyasztás, azon belül a teljes kiőrlésű lisztből készült pékáruk fogyasztása. Az iparilag feldolgozott, magasabb energiatartalmú élelmiszerek fogyasztásának növekedésével egyidejűleg csökkent a ballasztanyagok és a szénhidrátok fogyasztása. Ezzel egy időben a finomlisztből készült sütiipari termékek, az izolált szénhidrátok, valamint a zsír felhasználása növekedett. A gyümölcsök fogyasztása ugyan emelkedett, ennek nagy része azonban nem frissen kerül a szervezetbe. A primőrök magas rizikófaktorúak, mert a növénybe a napfény hiányában nem épül be a megfelelő fehérje, így magas lehet a szermaradvány-tartalom.

A huszadik században az energia bevitellel párhuzamosan csökkent a fizikai aktivitás.

A táplálkozási problémák ellen csak részben tudunk védekezni. Ma minden a hozam növelése érdekében történik, a többi paraméter rovására, mind a növényi, mind az állati táplálékoknál. A folyamatos műtrágyázás következtében a kalászosok legértékesebb részében, a csírájában szermaradványok, a műtrágya derivátumai, mycotoxinok halmozódnak fel. A környezeti szennyeződések között érdemes kiemelni azt a tényt, hogy a műutak, forgalmas autótutak közelében termesztett gabona nehézfém szennyeződése akár négyszerese is lehet a távolabbi területen termesztetthez képest. Nem ismeretes Csernobil hatása, a talajnak és a víznek az atomrobbanás követke-

tében létrejött szennyeződése. Nem szabad megfélekezni a gyomirtók káros hatásáról sem. A gabona tisztasága a megfelelő csávázástól is függ. A magas kiőrlésű gabona a feldolgozás során jórészt elveszíti a szem avasodását elősegítő értékes anyagokat. (Ebben vannak például a zsírban oldódó vitaminok.) A konzervált húsárak, például a füstölt sonka, carcinogen nitrozaminokat, dimetilnitrozamint, nitrozopirolidint és nitrozopiperidint tartalmazhat.

Sokat hallani a tárolás, tartósítás egészségkárosító hatásáról...

A természet és a feldolgozás során előforduló káros hatásokhoz gyakran hozzáadódnak az élelmiszerek helytelen tárolásából eredő hatások. (Például a nyirkos helyen tárolt gabonán aflatoxin keletkezik, amely a policiklikus szénhidrogénnel, nitrítel és nitrozaminokkal direkt hatású carcinogen. Ha az ecetet műanyag flakonban tárolják, polivinil-klorid oldódhat ki belőle, stb.) Az élelmiszer elkészítésekor is keletkezhetnek rákkeltő anyagok. (A benziprén és más policiklikus szénhidrátok a húsfélék, vagy halak felhevítésekor és ezek füstölése során keletkeznek. A cukor karamellizálása során is keletkeznek mutagén anyagok.) Az állatok tápja olyan idegen anyagokat, szteroidokat tartalmaz a hozamnövelés érdekében, amelyek nem szerepelnek az adott állat táplálkozási láncában, következésképpen gyengül az immunrendszere, védtelenebb a különféle betegségek ellen. Az ivóvíz arzénnel, nehézfémekkel kontaminálódhat, a vízvezetékben polivinilklorid oldódhat ki.

Magyarországon további gondot okoz, hogy a nyersanyag-forrás – eltérően a nyugat-európai, szigorú szabványok alapján működő minősítési feltétel-rendszerrel – nem mindig származik biztosan ellenőrzött helyről, a föld szennyezettségének mérése nem rendszeres, hiányzik a magyar minősítési feltételrendszer. Pozitív példaként említhetném a Galgahévízen található Galgafarm Szövetkezetet, amely tartósan megbízható minőséget produkál.

Mit tegyünk?

A védekezés mikéntjét illetően dr. Illyés Edit táplálkozáskutató három területet jelölt meg, az **étrend korszerűsítését, táplálkozás kiegészítők alkalmazását és az életmód megváltoztatását.**

Egy rákbeteg azonos onkológiai protokollban részesül Magyarországon és az USA-ban is. Fontos azonban, hogy a remissio hogyan telik el. Nálunk nincs igazán komoly következménye annak, hogy az onkológiai protokollok szünetében nem megfelelő minőségű antioxidáns ellátásban részesül a beteg. A remissio szakaszai azonban egyre rövidülhetnek, hiszen az alapbetegség, a kiállott kezelések mellékhatása következtében az immunrendszer egyre gyengül. A terápia nem garantálja, hogy a betegség nem újul ki. A megfelelő védekezés az említett három területen a remissio időtartamát meghosszabbítja. Az életmód megváltoztatásakor nem csak a dohányzás és az alkohol-fogyasztás elhagyását, hanem a stresszmentes környezet megteremtésének fontosságát is kiemeli a szakember.

Egyik napról a másikra nem megy...

A tanácsadás során érdemes figyelembe venni, hogy az emberek általában nem képesek egyik napról a másikra felhagyni megrögzött rossz szokásaikkal. Nem érdemes olyasmiről tanácsolni, amit a páciens eleve nem fogad meg. Egy erős dohányos nem fogja eldobni cigarettáját, ezért napi cigaretta adagjának csökkentését, és carotenoid komplex C-vitamin dózisának növelését célszerű javasolni. A szervezetben végbemenő normál és kóros lefolyású élettani folyamatok során, valamint a szervezetet erő külső és belső károsító tényezők hatására szabadgyökök keletkeznek. Az utóbbi évtizedekben egyre több kutatás eredményéből derült ki, hogy a

szabadgyökök, ha számuk meghaladja a fiziológiás szükségletet, milyen kórélettani hatásokat okoznak a szervezetben (coronaria szklerózis, carcinomák, idegrendszeri betegségek mint Parkinson és Alzheimer kór, emésztőszervi megbetegedések, máj- és bélbetegségek, cataracta, öregedési folyamatok felgyorsulása mitokondriális funkciók károsító hatása révén.)

A nem megfelelő táplálkozáson kívül a fokozott stresszhelyzet, bármilyen betegség, sebészeti beavatkozás (műtétek), káros környezeti hatások (szennyezett levegő, ionizáló sugárzások, organikus oldószerek) is szabadgyökök felszabadulással járnak. E kórfolyamat kivédéséhez **antioxidánsokat** kell fogyasztani, táplálékok és táplálékkiegészítők formájában. Antioxidáns hatások hiányában oxidatív stressz keletkezik, ami a kóros folyamatok beindulásához vezet. Az energiát nem szolgáltató, de nélkülözhetetlen vitaminok közül kiemelkedő szabadgyök-fogó, tehát antioxidáns szerepe van a zsírban oldódó *A-vitaminnak és provitaminjainak, a caroteneknek és carotinoidoknak, továbbá az ugyancsak zsírban oldódó E-vitaminnak*, a tokoferoloknak és tokotrienoloknak.

Az A-vitamin anticarcinogen hatása epidemiológiailag bizonyítást nyert. A zöld és sárga színű zöltségek fogyasztása csökkenti a tüdőrák rizikóját.

A különböző E-vitaminaktivitással rendelkező anyagok közül ezidáig a *tokoferolokat* és a *tokotrienolokat* azonosították, amelyeket természetes formájukban kizárólag növények szintetizálnak. Tumorprevenációs jelentőségüket antioxidatív hatásuknak köszönhetik. Az E-vitamin és más antioxidánsok, például a C-vitamin között kölcsönhatás van, de a tokoferol és tokotrienol zsíroldekonszvága kiemelt szerepet biztosít számukra a tumorprevenációban.

„Nem mindegy azonban – hangsúlyozza a doktornő – , hogy a szervezetbe sima E-vitamin, vagy komplex, a négy tokoferolt és négy tokotrienolt tartalmazó, komplex E-vitamin kerül. Kísérletek igazolták, hogy a szintetikus (gyógyszertári) E-vitamin terhes nők placéntáján keresztül a magzatba történő beépülése igen alacsony hatásfokú. A komplex E-vitamin hatása a szintetikus E-vitaminhoz képest tízszeres! Kiemelendő a tápanyagok közül a búzacsíra olaj.

Orvosi szempontból ígéretesek a szekunder növényi anyagok, a *polifenolok*. Mintegy négyezer flavonoid-származék ismert. Szerepük a rák megelőzésében és a meglévő daganatos betegségek – például mellrák – kiegészítő kezelésében jelentős. Sikeresen alkalmazhatók növénygyógyászati daganatok, például méhnyakrák utókezelésében is. A polifenolok nem csak anticarcinogen hatással rendelkeznek, hanem védelmet nyújtanak a mikroorganizmusok, rovarok, baktériumok és gombák ellen. Az *ellagsav*, amely egy fenolos dilakton, legfontosabb forrása az eper, a málna, a szőlő, a dió és a pekándió. Az ellagitanninok, amelyek természetes előfordulása a zöld teákban a legmagasabb, védenek az ultraibolya sugárzás káros hatása ellen, és kedvezően befolyásolják a humorális immunitást. A sárga és vörös hagymában, tökben és a brokkoliban található *quercetin* például gátolja a daganatsejt képző enzimek aktivitását, és fokozza a citosztatikumok hatását. A daganat megelőzésben jelentős szerephez jutnak a természetes proteáz-inhibitorok is. Epidemiológiai vizsgálatok kimutatták, hogy a proteázban gazdag étrend (rizs, kukorica, bab) fogyasztóinál kevesebb mellrák, vastagbélrák és prosztatarák fordul elő. Egyre több gyógynövényről (fokhagyma, köménymag) derül ki, hogy kedvező hatásukat antioxidáns tulajdonságuknak is köszönhetik.

„Írányelveinket városi viszonyainkra kell adaptálni”

A betegségek megelőzésének és gyógyításának elengedhetetlen feltétele a kiegyensúlyozott, növényi rostokban, telítetlen zsírsavakban és

vitaminokban gazdag táplálkozás, az optimális tápláltsági állapot. Visszamenni a Rousseau-i környezetbe nem tudunk; városi viszonyainkra kell adaptálnunk az irányelveket. A tanácsadás során figyelembe kell venni azt, hogy az emberek nem mondanak le megrögzött szokásaikról a táplálkozás terén sem. Ezért a táplálkozási tanácsadás mindig a fokozatosság elv alapján, minimális restrikciónál, egy-egy dolog bevezetésével, illetve korrekciójával történik. Például, aki történetesen csirkehúst szokott fogyasztani, húzza le a csirke bőrét, s úgy készítse el. Ha zöltséget, gyümölcsöt vásárol, érdemes kis piacon, idős nénitől, őstermelőtől beszerezni, hiszen ezek az árusok – már csak anyagi okból – nem veszteséget szenvednek az árut.

A táplálkozási és életmódbeli szokások mellett a prevenció harmadik területe

Táplálék kiegészítők (nutritien) fogyasztása, melyekkel a táplálkozás- és életmódbeli anomáliák jelentős korrekciója hajtható végre, szükség esetén pedig a gyógyszeres kezelés kiegészítőjeként funkcionál. Most már vannak olyan, orvosi fejlesztőhátterrel rendelkező cégek, amelyek megfelelnek a táplálékkiegészítők gyártásával szemben támasztott követelményeknek, azaz organikus, az emberi táplálkozásláncból származó, természetes alapanyagból állítják elő, s a szinergizmus érdekében komplexek. Jól felszívódnak, egyes összetevőik kiegészítik egymást, nem toxikusak. A bennük lévő hatóanyag mennyisége kisebb, mint a gyógyszeradag. Pozitív példaként említhető a GNLD cég. A Golden készítmények mindezen követelménynek eleget tesznek, forgalmazásuk az OETI által engedélyezett. Egyik ilyen termékük a GNLD Wheat Germ Oil with Vitamin E, amely teljes mértékben természetes. Nem tartalmaz színezéket, tartósítószerrel és mesterséges adalékanyagokat, csak tiszta, finomítatlan, hidegen sajtolt búzacsíra olajat. Teljes, mert nemcsak alfa-tokoferolt tartalmaz, hanem a természetben megtalálható E-vitamin család összes tagját (négy tokoferolt és négy tokotrienolt). Tiszta, mert a búzát, amiből az olajat nyerték, érintetlen környezetben termesztették, mesterséges talajjavító szert és permetszert nem alkalmaztak és szigorúan ellenőrizték a minőséget a vetéstől a betakarításig. A szervezet rosszul tolerálja a szélsőségeket mennyiség és alapanyagok terén egyaránt (például egyoldalú diéta valamilyen „csodaszerrel”). Ezért egyes antioxidánsok alkalmazása vagy túlzott adagolása esetenként nagyobb kárt okozhat, mint előnyt, tehát egyetlen antioxidáns – nem antioxidáns!

Mikor ajánlható tehát a táplálék-kiegészítők fogyasztása?

Akkor, ha a vegyes táplálkozás ellenére relatív hiányállapot alakul ki fokozott igénybevétel miatt: sportolónál, dohányosoknál, alkoholizmusban, krónikus stressz állapotban, felszívódási zavar esetén, kardiovaszkuláris megbetegedés esetén, krónikus gyulladásos megbetegedésekben, exo- és autoallergén kórképekben, zsíranycsere zavar esetén, daganatos megbetegedésekben, továbbá csökkent tápanyag felvétel esetén (fogyókúrázóknál vagy idős korban). Daganatos, vagy kardiovaszkuláris megbetegedésre való hajlam esetén megelőzésként is ajánlott az antioxidánsok fogyasztása. A táplálékkiegészítők a kezelőorvos által beállított gyógyszeres kezelés mellett fogyaszthatók, mivel ugyanazokból az anyagokból készülnek, mint amiket táplálékként is fogyasztunk.

Dr. Illyés Edit rendszeresen tart a Golden Klub keretén belül ingyenes előadásokat a témában az érdeklődő nagyközönség részére. Egyéni konzultáció is kérhető előzetes bejelentkezés alapján, az alábbi telefonszámokon: **246-3161** (8-10 óra között), valamint a **06 30 952-4000** rádiótelefonon.

Szadvári Lídia
Budapest

Terroristák vagy pszichiátriai esetek?

Oszama Bin Laden adaptációs zavarai

Civilizációk harca? Vallásháború? Globalizáció-ellenesség? Az eladósodott harmadik világ országainak a kilátástalan helyzete? A gazdagok irritáló egoizmusa? Valamennyi kérdésre az egyértelmű válasz: igen! Szerepük van az amerikai és közvetve valamennyi fejlett ország elleni keserűségben!

Az iszlám vallás szélsőségeinek térnyerése, a palesztin és zsidó ellentétek kiéleződése miatt? Nem elhanyagolható ez sem!

Globalizáció-ellenesség, a környezetvédelem, elhanyagolása, vallási és kulturális intolerancia? Sajnos mindennapjaink problémái ezek is, megoldási stratégiák nélkül.

Az iszlámról

A zsidó-keresztény kultúrákban a vallás és a profán világ 2000 év alatt különült el. Ezek szerint Isten szabad világot hozott létre, amelyik öntörvényei szerint alakul, s ez a „világi dolgok függetlensége”. Az iszlám országokban viszont a vallás sokszor összeolvadt az állammal. Jobban megőrizte az emberi értékeket, így a hívek összetartozása és a felelősségérzés valóban megmaradt! Másrésről egy másfajta egyensúly alakult ki, ahol nem annyira felértékelt az egyén szerepe. Az öngyilkos merényleteket is „*jobban megértjük*”, ha tudjuk; *az iszlám a túlvilágra helyezi a hangsúlyt, nem értékeli a földi javakat, mint például a kereszténység.* (A túlvilág nem a „földi élet beteljesülése”, hanem „az igazi Élet”!) A gyilkosságokat a védelezen ellen szintén elítéli, de csak az „*igazhívőket tekinti teljes értékű embereknek*”. Ezzel magyarázzák a harcot az „*igaz hit védelmében, a sátán uralma ellen*”, különösen a fundamentalista hívek. Számukra az egyén egyáltalán nem fontos, csak az ügy! A cél érdekében hozott áldozatok szükségesek, elfogadhatók! Ezt egyébként minden diktatúra vállalja, a maga „kreálta logikájával”.

A terrorizmus intézményesített formája, a diktatúra

Kezdetben a szavak diktátuma, az agyak „átmosása”, a szellemi intolerancia, nacionalizmus majd sovinizmus. Kisebbségek védelme címén (ETA, IRA stb.) politikai, katonai, szellemi, vallási diktatúrára tört. (Irak, Spanyolország baszkok lakta régiója, Észak-Írország, egykoron Jugoszlávia stb.) A vallás is lehet diktatórikus, gondoljunk csak a protesztáns-katolikus vallásháborúkra, az oszmán birodalom katonai, vallási, hódító háborúira, vagy arra a „dicsőséges keresztényi vallásszemléletre”, amely ideológiájával és keresztjei alatt népeket és kultúrákat hódított meg, vallásokat pusztított el.

Sokszor a középszerű, pszichiátriaiilag labilis, s nemegyszer „kisebrendűségi komplexusban szenvedők” kerülnek hatalomra. Egoizmusuk és agresszivitásuk határtalan, jellemzően jellemtelenek és szélsőségekre hajlamosak. Kiszámíthatatlanok, pszichiátriai határesetek, tömeggyilkosságra is hajlamosak. Vallásilag vagy politikailag „érinthetetlenek” és „megközelíthetetlenek”. Néhány mindenki által ismert cinikus hóhér a közelmúltból: **Hitler, Sztálin, Szaddam Husszein**, s a több száz minidiktátor közül csak néhány: **Francó, Mao**, a magyaroknak „*oly kedves Rákosi*”, a szomszédoknak **Ceausescu, Titó, Milosevics, Khadafi... Che Guevera, Kim Ir Szen**, az idővel megszeliidült **Kádár, Fidel...** Sokszor állami védelem alá bújít hangzatos szervezetek, névtelen senkikül és zavaros ideológiákkal. Dél-Amerikában, Nica-

raguában, Kongóban vagy Libanonban, Szíriában, Jemenben. Államilag intézményesítve a szocializmusban, napjainkban gazdag olajkirályságokban, avagy vallási köntösben: mint Jemenben, Szomáliában, Szudánban, Pakisztánban, Boszniában, Albániában, Afganisztánban. Utóbbi helyeken, mint vallásreformerek, illetve a zsidó-palesztin ellentéteket ki- és felhasználó „mesterek” a „kijelöltek”. Ezek a zavarosban jól halászó, „**oszd meg és uralkodj**” szellemiséget agresszívan terjesztő „**álpróféták**” egyike **Oszama Bin Laden**.

Az átlagostól nem különösebben értelmesebb, de tanult és az öröksége folytán soha nem nélkülöző fundamentalista, gátlástalanul hatalomhoz kíván jutni. A politikailag

sem lesz az iszlám „prófétája”, tömeggyilkos diktátora, de lehet egy birodalom sirásója!

Oszama Bin Laden pszichiátriai kórtörténete

A „*zavaros családi körülmények között felnövő*” mostohafiúcska valószínűleg először ösztönösen, majd tudatosan is átélte, „ *mennyire fontos apja számára*”. Ne felejtjük el, hogy az iszlám világ férfi centrikus és igen fontosak a született előjogok (például az első fiú)! Információ-éhségét a tanúlással „ki-elégíthette”, diplomákat szerezhetett, s a számtalan szaudi gazdag csemetéhez hasonlóan, utazhatott. Vallásokat, kultúrákat, ideológiákat és politikai, filozófiai ismereteket szerezhetett.

Öngyilkos civilizáció?

használni. Az ember találékony, különösen, ha az egoizmusa motiválja. A vallás is sokszor manipulálható, legyen az zsidó, keresztény vagy iszlám! A modern kor eszközei pedig olyan tömegpusztító fegyvereket teremtettek, amelyekhez illetéktelenek is „viszonylag könnyen” hozzájuthatnak. Azonban önpusztítóak ezek, s a használók, illetve támogatóik ellen is visszafordulhatnak. Civilizációs betegségeink napjainkra számos „pszichiátriai kórképpel” is bővültek (például depresszió, pánikbetegség). Naponta születnek Oszama Bin Ladenhez hasonló „beteg pszichék” különösen a „kirekesztettek világában”, s gyakoriak a hasonló „megbolydult elmék”, akiket felhasználhatnak, vallási agymosások után”. (Ne felejtjük el, ezeknek „nincs mit veszíteniük”!) Az istenhívő, a valódi iszlámot is mélyen tisztelő és egyenrangúként

fogadó keresztény orvos a társadalmi igazságtalanságokat nem tudja megoldani. A Földünket fenyegető „terrorista tudathasadások” lehetőségeire utalhat és felhívhatja a döntéshozók figyelmét az aberráns esetek ön- és közveszélyességére. A gazdasági, politikai élet irányítóinak lehetőségeik vannak arra, hogy a pszichésen megbetegedetteket hatalomhoz ne engedjék, „kényszergyógykezeltessek”! A „megbomlott agyú” diktátorok, fanatikusok avagy terroristák féken tartása elemi érdekünk! Ehhez kérjük az iszlám, a zsidó, a keresztény és más vallások híveinek az áldását, s a nem vallásosok támogatását egyaránt. Természetesen valamennyien fogadják el az ideológiák, vallások, kultúrák másságát. Szüntessék meg a gazdasági és társadalmi igazságtalanságokat, és alkalmazzák az „emberi méltóság chartáját”! Ideje lenne már, hogy a „homo sapiens” értelmes emberhez méltóan viselkedjen, közös jövőjére is gondoljon!

tok kerülését”.

Rögeszmés-kényszeres képzetekre utalnak: az egocentrikusság, a „merev gondolkodás” (szélsőségesen fundamentalista).

Hiszterias eltérésre: a hódításra törekvés hiúsággal, emocionális labilitással együtt.

Úgynevezett szkizotipias paraméterek: szociálisan elszigetelt, gyanakvó, beszűkült interperszonális képességű és „furesán beszélő” (illetve kommunikáló).

Narcizmus határtalan: exhibitionista (megtervezetten), grandiózusnak akarja bemutatni magát, gátlástalanul hatalomra törekvő és ugyanakkor mások iránt közömbös (fel- és kihasználja őket), valamint maximalisan a figyelem központjába kíván kerülni.

„Elkerülő”: mert nagyon fél az elutasítástól, túl érzékenyen reagál a kudarcra.

Antiszociális: mivel önző és érzéketlen (legfeljebb „megjátssza”!), ugyanakkor nehezen követhető („kusza”), impulzív és törvénytörő. (Az iszlám is manipulálja, érdekei szerint ragad ki részleteket, és ezekre hivatkozva indokolja a tetteit!)

Végül, de nem utolsó sorban úgynevezett Borderline személyiség, azaz a *laza interperszonális kapcsolatait „impulzív diktátumokkal” próbálja pótolni.* Ezek is magyarázzák dührohamokra való hajlamát, agresszivitását. (Kábitószer-függősége nem ismert?!) Önkontrollja nincsen, érzelmileg (a „látszat ellenére”) labilis, identitászavarai is gyakoriak.

Az egyes típusok is komoly kezelési gondot jelentenek. Az antiszociális és Borderline formák pedig önmagukban is rossz prognózisúak. (Szakmai tapasztalat, hogy különösen megnehezíti a kezelést, gonдозást, ha az anamnézisben „szülői bántalmazás” vagy abuzus szerepel!) Az említett típusok kombinálódása pedig szinte reménytelen helyzetet teremthet!

Nem tudom elvetni teljesen a **ski-zofréniára** utaló jeleket sem. Gondoljunk a „*szociális elzárkózásra*”. Az „*én-határok részleges elvesztésére utaló jelekre*”. (A világnak olyannak kell lennie, amilyennek én látni akarom!) A túlzott általánosításokra. Az „*autisztikus menekülésre*”, a vallási témákhoz való kötődésre, „*beszűkülésre*”. Az elméleti és a gyakorlati anakronizmusát pedig a tények jelzik. A terror hirtetése valóságos és megvalósítható gazdasági-politikai célok nélkül. Gondoljunk csak a talibok konkrét afganisztáni eredményeire. *Ez lenne az iszlám világ célja a XXI. században?* (Nem hiszem.) Ne felejtjük el téveszmét: *nagyzolási és „üldöztetési”* tartalommal is előfordulnak, valamint „*túlérzékenység*” a környezeti hatásokra.

Ezen körkép igazolására találtam a legkevésbé biztosan igazolható jeleket, nem véletlenek a kérdőjelek. Igaz, elvetni sem tudtam teljesen. Laden életét nagyon kevésbé ismerjük, számtalan a „fehér folt”. Így hangulati életéről, depresszióra vagy mániára utaló konkrétumaink alig vannak. Én hajlok bizonyos mértékű mániás státusz feltételezésére. (Gondolatrohanás, nagyzásos önértékelés, változatos pszichotikus tünetek alapján. Egyes „orvosi információk szerint” Bin Laden az utóbbi években sokat betegeskedett. Nem tartom kizártnak szomatofom szindrómák (kóros viselkedések betegségekkel kapcsolatban) jelentkezését sem. (Esetleg konverziós szindrómák, mint hisztéria vagy hipokendria előfordulását.) Mindezek mellett lehetséges úgynevezett „krónikus fájdalom szindróma” előfordulása, társulása is.

Dr. Salamon Sándor
Bodroghöz

A Lelki Egészség Világnapját immár hetedik éve minden év október 10-én ünnepeljük. 2001 a mentálhigiéné éve, ezért még nagyobb hangsúlyt kap e rendezvény, amelyre a Magyar Pszichiátriai Társaság és az Országos Egészségfejlesztési Központ szervezésében került sor Budapesten.

A mentálhigiéné feladatai nagyban függenek az adott kortól és kultúrától. Napjainkban, az információrobbanás korában rendkívül fontos az emberi tényezők erősítése, amely igen nagy területet ölel fel. Szorosan az orvosi tevékenységhez tartozik a *pszichiátriai betegségek mielőbbi kezelése*, primer, szekunder és tercier prevenciója, a lelki funkcióikban károsodottak, illetve a teljesítmény- és alkalmazkodási zavarokkal küzdők *hatékony rehabilitációja, életben maradásuk segítése*, a megelőzés terén pedig a *rizikótényezők feltárása, életmód javaslatok a betegségek kialakulásának megelőzésére*. Az egészségügyi tevékenység mellett a lelki egészségvédelemhez tartozik a *társadalom értékorientációjának formálása, a humán értékek* (tolerancia, empátia, kölcsönös tisztelet, megbecsülés) *képviselése, a túlzott fogyasztói mentalitás, a haszonelvűség, az egoizmus, a mohó ingerkeresés negatív hatásainak gyengítése*.

A lelki egészség fontosságát mutatja az a tény, hogy az utóbbi években a szorongásos kórképek, a pánik- és fóbiás betegségek, depressziós állapotok aránya a genetikailag meghatározott pszichiátriai megbetegedésekhez képest jelentősen megnőtt. Az életminőséget negatívan befolyásoló kórképek közös jellemzője, hogy az egyéni adottság, hajlam mellett nagy szerepe van a *környezetnek, a stressz helyzeteknek*, az ember konfliktuskezelő képességének. Az utóbbi évtized megváltozott társadalmi berendezkedése, a felgyorsult élettempó, az információrobbanás olyan stressz helyzeteket teremt, amelyekre az emberek nagy része nincs felkészülve. Amíg a betegellátásnak van intézményesített rendszere, addig a lelki egészségnek és általában az egészségnek nincs intézményi struktúrája, hálózata, önálló rendszere, mivel az *egészségnek mindenhol jelen kell(ene) lennie* életünk valamennyi színterén: *a családban, az iskolában, a munkahelyen*.

A munka, a munkahely egészségvédő szerepével a legutóbbi időig nemigen foglalkoztak. Ebben az évben – a World Federation of Mental Health javaslatára – a konferencia fő témája a munka és a lelki egészség, a plenáris ülésen elhangzott három előadáson és a „*Van-e jövője a jövő nemzedékének?*” címmel megrendezett kerekasztal-beszélgetésen egyaránt.

Zöldyné Szita Erzsébet (Szociális és Családügyi Minisztérium) előadása az ideális munkahely kérdésével foglalkozott. Nemzetközi felmérések igazolják, hogy a családi kötelezettségekre tekintettel lévő munkahely nem csak a családok alkalmazottaknak előnyös, hanem képes növelni az adott vállalat versenyképességét. Ott, ahol a cégvezetők törekednek a család és a munka összeegyez-

A Vadaskert Alapítvány a Gyermekek Lelki Egészségéért elsőként biztosítja Magyarországon a gyermekek integrált pszichiátriai, pedagógiai ellátását és utógondozását intézményei – a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, valamint a Vadaskert Fejlesztő és Felzárkóztató Általános Iskola – segítségével.



Az 1989 óta sikeresen működő Vadas-kert Alapítvány mostanáig a gyógyító és oktató tevékenységre helyezte a hangsúlyt. A prevenciós szemlélet fejlődésével lépést tartva 2001-ben kibővítette tevékenységi körét és a megelőzést, a korai felismerést célzó átfogó prevenciós programot indított. A prevenció jelentőségét a mentális betegségek csökkentésében alátámasztja például az az Egyesült Államokban végzett legújabb kutatás eredménye, amely szerint a kezeletlen magatartászavaros gyerekek csaknem 60 százaléka felnőtt korában drogfüggővé válik. A Vadaskert Alapítvány a Gyermekek Lelki Egészségéért a gyógyító és oktató, valamint prevenciós tevékenység mellett kiemelkedő szerepet szán a kutatásnak és a szakem-

Lelki Egészség Világnap

tetésére, hatékonyabban, elkötelezettebben, meglegedettebben dolgoznak az emberek, kevesebb a káros stresszhatás, csökken a fluktuáció és a táppénzben töltött napok száma. Mindezek tudatában a Szociális és Családügyi Minisztérium az idén ismét meghirdette az – 1999-ben indult – *Család-barát munkahely díjat*: kisvállalat, közép- és nagyvállalat, valamint költségvetési szerv és alapítvány kategóriákban. A díjak odaítélésekor vizsgálták, hogyan élnek a többféle munkaidő-modellből (például részmunka, távmunka) való választás lehetőségével, hogyan biztosítják a munkatársak továbbképzését, milyen a GYES-en, GYED-en lévőekkel a személyes és szakmai kapcsolattartás, hogyan oldják meg a szabadságolást, bevonják-e a családokat a munkahelyi rendezvényekbe, vannak-e és milyenek a gyermekintézmények.

Szabó Péter pszichiáter (Szombathely) a munka Janus-arcát járta körül, írók és filozófusok gondolatait segítségül hívva. *Mit jelent a munka a ma emberének: fájdalmat, vagy gyönyörűséget, kórokozást, vagy gyógymódot, célt, vagy eszközt? Milyen lelki következményekkel járhat, ha valaki elveszíti a munkahelyét?* (Pszichózisok, affektív zavarok, szorongás, öngyilkossági krízis.) Hazánkban évente 45,6 milliárd forint veszteség keletkezik a depressziós megbetegedések miatt. A rokkantsághoz, munkaképtelenséghez vezető betegségek között az *unipoláris major depresszió* az első helyen áll!

A pszichiátriai kezelés célja a betegségek korai felismerése, kezelése, a visszaesések megelőzése, a prevenció, az életminőség biztosítása biológiai, pszichológiai és szociális vonatkozásban egyaránt (tájékoztatással, pszicho-edukációval, a család bevonásával, rehabilitációval, stb.). Fontos, hogy a segítő szakember ismerje lehetőségeit és korlátait, az ellátási rendszert, s benne a saját helyét, tisztázza viszonyát a problémához, s végül, de nem utolsó sorban, óvja a saját mentálhigiénéjét!

Az előadásban elhangzott, híres emberektől származó idézetek sorában egyetlen névtelen szerző graffitije is érdemes a továbbgondolásra: „*Az öngyilkosság egyetlen, társadalmilag elfogadott formája, ha halálra dolgozod magad.*”

Németh Attila pszichiáter (Magyar Pszichiátriai Társaság) előadásának – „*A mentálhigiéné neurobiológiája, avagy, miért jó rendszer a rossz rendszer?*” címet adta. Mint mondta, „*nem hozott anyagból*” dolgozott, hanem saját, a szocialista érában megélt fiatalkori emlékeinek, az akkoriban elérhető örömforrások, jutalmak, közösségi élmények felidézésével világította meg azt, hogy egy diktatórikus rendszerben, ahol mindenki egyformán szegény, miért lehet nagyobb öröm-

forrásokhoz jutni, mint az anyagi javakban jelentősen gazdagabb, demokratikus rendszerű országban.

Az utóbbi évek kutatásai kimutatták az agyban az úgynevezett jutalmazási rendszert, amely számos ingerületátvivő anyagot (ópiátok, szerotonin, noradrenalin, stb.) foglal magában. E komplex pályarendszer végpontja a szürke mag (nucleus accumbens), ahol a természetes örömforrások (például evés-ivás, anyai szeretet, szexualitás, a fizikai és szellemi aktivitással kapcsolatos élmények) és a mesterséges örömforrások (drog, alkohol, nikotin, viselkedési addikciók mint játékszenvedély) hatására dopamin szabadul fel, s keletkezik ezáltal euforizáló hatás. Találó **Gyurkovics Tibor** verse a dopaminról, mint öröm-transzmitterről: „*Dopamin, hogy föl vagy dobva, dopamin, hogy le vagy dobva. Élünk, mint egy vegyi konyha, dopaminnal adagolva. Olyan, mintha évek óta lelünk is dopamin volna.*”

A mesterséges eufóriát okozó szerek hatásmechanizmusában a „*húzás-lökés*” mechanizmusa érvényesül, amikor is a rossz helyzetből legalább elviselhető helyzetbe kerülés érdekében kialakul az ördögi kör. Az adott szerből egyre nagyobb dózis szükséges a kívánt hatás eléréséhez, másrészt az így elért eufória minden más örömforrást háttérbe szorít, anhedoniát okoz. Ismert, hogy a fiatalkori hatások sokkal erősebben érintik az egyént. A drogdealerek is tisztában vannak ezzel, amikor az iskolák környékén terjesztik a szereket „*bélyeg*” és egyéb formában. Fiatalon nem csak a mesterséges, hanem a természetes örömforrások is erősebben hatnak. Az örömmérés nagysága, azaz, a nucleus accumbensből kiáramló dopamin mennyisége akár fordított arányban is állhat a jutalom abszolút értékével.

A szocializmus kínálta örömmökkel, „*jutalmakkal*” (banán, szalámi, Lada, külföldi út, KISZ-táborok, Barbie baba, stb.), melyekhez az út a vágyódás, várakozás és viszonyítás (az enyém szebb, jobb) *három V-jén* keresztül vezetett, mára sok ember telítődött. Megjelent a *Misi mókus* effektus, amikor is visszavágyott a mesehős oda, ahol „*nem nőnek örökké termő gombák.*” Az akkori, relatív szabadságérzet, az alkalmazkodás a rendszer szabta „*ketrechez*” sokszor kevesebb nehézséget okozott, mint az alkalmazkodás a másik emberhez. Érvényesült a *Schopenhauer-i* gondolat, miszerint az *ellenállással való küzdés éppen olyan fontos szükséglete az embernek, mint a vakondnak a föld túrása*. Íme a válasz, miért jó rendszer a rossz rendszer... A mentálhigiéné célja: a mesterséges örömforrások csökkentése (prevenció, ártalomcsökkentés: legalább ne minden kocsmában legyen játékgép, továbbá

gyógyítás, rehabilitáció), a természetes örömforrások növelése (szexuális felvilágosítás, életmód tanácsadás, a közösségi élmények, ünnepek jelentőségének hangsúlyozása).

Az egyén boldogságát meghatározó tényezők, fontossági sorrendben: a személyiség, a mikro- és a makro-környezet. Nem közös tehát, hogy az egyén elsajátítja-e a lelki egészséghez szükséges, megfelelő coping-stratégiákat, érezve saját felelősségét egészsége karbantartásában, megóvásában.

Lőke János pszichológus (Magatartástudományi Intézet) a kerekasztal beszélgetés témáját a munka szemszögéből megközelítve hangsúlyozta, hogy korunkban a legfontosabb munkaképesség-csökkentő tényezők elsősorban pszichés eredetűek. Kiemelendő ezek közül a szorongás és a depresszió. Az elmúlt évek hazai vizsgálatai szerint a 18-29 éves korosztályban mintegy 4 százalék a középsúlyos, illetve súlyos depresszióban szenvedők aránya. Az enyhe, de a munkaképességet már hátrányosan érintő depresszió különösen a fiatal lányoknál gyakori: elérheti a vizsgáltak 26 százalékát. Figyelmeztető jel, hogy ez az arány tíz év alatt a duplájára nőtt! Szorongásos zavarokkal a korosztály több mint egynegyede küzd. Az élete során öngyilkosságot megkísérelt fiatalok aránya 5 százalék.

A munka és a lelki közérzet erősen összefügg; az értelmes, élvezetes munka védőfaktorként működik, míg a kényszerből végzett munka, illetve a munkanélküliség kockázati tényező. A kiélezett versenyhelyzet és a társadalmi termelés jellege számos munkát tesz nehezen élvezhetővé.

A kerekasztal-beszélgetésben, melyen – a közönség bevonásával – részt vett **Arató Szilvia** rendőr százados (BRFK), **Szilágyi Zsuzsanna** orvos ezredes (Magyar Honvédség), **Sirkó Éva pszichiáter** (Országos Egészségfejlesztési Központ) kikristályosodott: az ifjúságnak a gyorsan változó helyzetekben megfelelő megküzdési stratégiákat kell elsajátítania, rendelkezzen életcélokkal és társas támogatottsággal a nehéz lelki és/vagy anyagi helyzetekben. Növelni kell a civil szféra jelentőségét (például Nagycsaládosok Országos Egyesülete). Fontos az *egészségnevelés* tantárgy, de a döntő itt is a tanár személyisége!

A negatív tendenciák megelőzése túlmeleg az egészségügy és a mentálhigiénés szakemberek kompetenciáján. A felelősség áthárítása helyett összefogásra van szükség család, iskola és társadalom között az ifjúság társadalmi kihívásokra való felkészítésében.

A Lelki Egészség Világnapjának megnyitásakor éneklő tizenéves diákok kórusát elnézve elhízott, rossz tartású, sápadt, karikás szemű, szomorú arckifejezésű, fáradt gyerekeket is láthattunk. Van mit tenünk értük...

Szádvári Lídia
Budapest

Gyermek mentálhigiénés program a Vadaskertben

berképzésnek, valamint a gyermekpszichiátriai kórképek megelőzésével kapcsolatos ismeretterjesztésnek, oktatásnak is.

A Vadaskert Alapítvány célkitűzései között szerepel a gyermekek pszichés egészségének megőrzésében érintett szakemberek összefogása, képzése, és munkájuk hatékonyabbá tétele érdekében a szakemberek között országos hálózatának létrehozása.

A Vadaskert Alapítvány továbbá lehetőséget kíván teremteni a szülők számára problémáik megválaszolására és az általános tájékozódásra egyaránt. A közvetlen és személyre szabott kapcsolatteremtés eszközeként internetes honlapot is létrehoz, amelynek segítségével a szülők és a gyerekek egyaránt választ kaphatnak kérdéseikre, támogatást problémáik megoldásához és bővíthetik a lelki jólét megőrzésére vonatkozó ismereteiket.



érdemi javulás akkor érhető el, ha a kormány kezdeményezéseit és programjait társadalmi összefogás övezi, ezért különösen üdvözlendő az a példaeértékű magatartás, hogy a gyermekek mentális egészség megőrzésére létrejött kezdeményezés érdekében karöltve lép fel egészségügyi intézmény, non-profit alapítvány, és piaci szereplő.”– jelentette ki Tringer professzor. Fenti céljaik elérésére, az említett feladatok és tevékenységek szervezésére és elvégzésére alakították ki a Vadaskert Alapítvány a Gyermekek Lelki Egészségéért új operatív szervezetét, az Alapítványi Irodát.



Az Vadaskert Alapítvány a Gyermekek Lelki Egészségéért elérhetősége:
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116.
Telefon: 06/1/392-1414; 392-1415
Fax: 06/1/392-1416
E-mail: alapitvany@vadaskertalapitvany.hu

Az alapítvány kuratóriuma:
Dr. Dízseri Tamás – elnök;
Dr. Gyenge Eszter, Dr. Kéri Zsuzsa – tagok
Az alapítvány igazgatója: Dr. Pászthy Bea

A magyar társadalom biztosítási rendszernek a kezdetektől fogva része a balesetbiztosítás. Az első balesetbiztosítási törvény 1907-ben született és a rendszer 1927-től már kiterjedt a foglalkoztatási betegségekre is. 1945. után jelentősen átalakult az intézményrendszer, megszűnt az elkülönült finanszírozás. A baleseti ellátások megmaradtak, de a rendszer önszabályozó, hatékony működését ösztönző legfontosabb elem, a tényleges kiadásoktól függő járulékkirovás nem érvényesült. A társadalombiztosítás megújításának koncepcióját meghatározó 60/1991. (X.29.) számú országgyűlési határozat az egyik legfontosabb konkrét feladatként jelölte meg az önálló balesetbiztosítási ág kialakítását. Az önálló balesetbiztosítási ág előkészületei csak igen vontatottan indultak meg. A késlekedés alapvetően objektív okokra vezethető vissza. A gazdaságban gyökeres és intenzív változások indultak be 1990-ben: átalakult a teljes tulajdonosi struktúra, évről-évre tízezerszám jöttek létre kis és középvállalkozások, 1993-ra kétszámjegyűvé vált a munkanélküliség, a nehéz gazdasági helyzetben lévő állami és magánvállalkozások jelentős része nem teljesítette járulékfizetési kötelezettségeit.

Ugyancsak átalakult és rendkívül színessé vált a munka világa: a jelentős külföldi tőkebeáramlás keretében megjelentek az országban a legfejlettebb technológiával rendelkező üzemek, amelyek magukkal hozták az ennek a színvonalnak megfelelő munkabiztonsági rendszereket és munkavédelmi kultúrát. A másik póluson ugyanakkor igen széles körben és szinte ellenőrizhetetlen módon beáramlottak a fejlett piacmár nem életképes, levetett, sőt, nem ritkán egészségi vagy környezeti okokból kitiltott eszközök és technológiák. Széles körben megjelent a sötét és fekete gazdaság, amely kibújt mindenféle ellenőrzés alól.

Az előzőekben jellemzett változások felerősítették a munkavédelem, munkabiztonság és munkaegészségügy terén addig is tapasztalható kedvezőtlen tendenciákat. A munkáltatók egy részénél a profitszerzés mögött háttérbe szorultak – többek között – a munkavédelmi szempontok, a munkahelyek fenntartói nem érdekeltek az egészségkárosodások megelőzésében, a munkahelyi balesetek bejelentésében, ami a mai napig jelentősen megnehezíti a munkabiztonság általános színvonalának megítélését. Számos jele van annak, hogy a munkaadóktól függő foglalkozás egészségügyi ellátás szintén nem tudja elvárható módon szolgálni a megelőzés érdekeit. Gondok vannak az egészségkárosodottak ellátásával is. A baleseti ellátás, a foglalkozási betegségek nem kapnak kellő prioritást. Az egészségügy rehabilitációs tevékenysége – nemcsak a balesetet szenvedettek körében – szintén nem rendelkezik a jelentőségével arányban álló intézményi és finanszírozási feltételekkel. A foglalkozási rehabilitáció terén sem működik az elvárható érdekelttség, de jórészt hiányoznak a munkahelyre való visszatéréshez szükséges munkaerőpiaci feltételek is. A baleset-

A balesetbiztosítási rendszer kialakításának aktualitása

biztosítási szolgáltatások terén is számos, változásra érett probléma halmozódott fel (hogy sörpörjek egy kicsit a saját házunk előtt is). A munkaképesség jelenlegi elbírálási rendszere – az egyoldalúan csak pénzbeli kompenzációra épülő rokkantsági nyugdíjrendszer – nem ösztönzi az egészségkárosodottak megmaradt munkavégző képességeik hasznosítására, arra, hogy a járadékos státusból egy kedvezőbb jövedelmi pozíciót jelentő járulékfizetői állapotba térjenek vissza. A különböző szintű érdekegyeztetések kudarcai miatt évek óta halasztódik az egyre diszfunkcionálisabban működő kordedvezményes nyugdíjrendszer átalakítása. A teljesség igénye nélkül készült felsorolás is bizonyítja, hogy tovább nem halasztható a megoldás, amelyet az OEP egy korszerű balesetbiztosítási rendszer bevezetésétől vár.

Az elmúlt tíz év alatt végbement változások a balesetbiztosítási rendszer kialakítása szempontjából kedvezőbb feltételeket is teremtek. Konszolidálódott a gazdaság, a növekedés körülményei között könnyebben teremthetők meg a balesetbiztosítási rendszer működtetésének feltételei. A konszolidáló gazdaság kedvezőbb feltételeket teremtett a munkaerőpiacon is. Évek óta csökkent a munkanélküliség, így erősödhet a figyelem a megváltozott munkaképességű polgárok foglalkoztatási rehabilitációja iránt, növekszik az érintettek esélye a munkaerőpiacra való visszatérésre. A baleseti ellátásokat nyújtó egészségügyi intézmények, valamint az egészségbiztosító információs és informatikai rendszerei a széleskörű adatokat képesek szolgáltatni a balesetbiztosítási rendszer kialakításához és folyamatos működtetéséhez.

1996-97-ben a PHARE program támogatásával számbavettük a magyar viszonyok között megvalósítható balesetbiztosítási rendszer lehetséges változatait. Ezt a munkát finn és német kollégáink segítették. A PHARE projekt keretében már megfogalmazásra kerültek az Európai Unió országok hasonló rendszereivel konform és a magyar viszonyok között is alkalmazható, tradícióinkat is figyelembe vevő rendszer elvi keretei: *kötelező járulékfizetésre épülő társadalmi méretű kockázatközösség, amelyben a szolgáltatások a biztosítási elvre épülnek; a járulékok nagysága a kockázatok nagyságához igazodóan differenciált, de a munkaadói terhek – beleértve a foglalkozás egészségügyi célú kiadásokat is – összegében nem növekednek; a rendszer teljes körű pénzbeli és természetbeni szolgáltatásokat nyújt, amelynek keretében a pénzbeli ellátások jövedelem arányosan, a természetbeni szolgáltatások az egészségi állapot által indokolt*

mértékben illetik meg a biztosítottakat; a rendszer jellegénél fogva önszabályozó, önffinanszírozó, de végső garanciaként itt is az állam áll; a rendszer egyrészt a kockázatarányos járulékfizetéssel, másrészt a munkaegészségügyi, munkabiztonsági információ szolgáltatással, tanácsadással is segíti a megelőzést.

Az elvi keretek meghatározásából már következik, hogy a balesetbiztosítás egy önszabályozó rendszer keretei között megvalósítaná a prevenció-gyógyítás-rehabilitáció olyan egységét, amely meghatározó eleme a sokat emlegetett társadalombiztosítási reformnak. Fontosnak tartom kiemelni, hogy a PHARE program keretében igen jó szakmai együttműködés alakult ki a munkaadók és munkavállalók érdekképviselői szerveinek szakértőivel. Az együttműködés azóta is folyamatos és nagyon remélem akkor is zökkenőmentes és példamutató lesz, amikor a rendszer mélyebb kidolgozása során az a bizonyos ördög előbújik a részletekből. A balesetbiztosítási rendszer előkészítése az elmúlt három évben közvetlen kormányzati támogatást kapott. 1999-től a pénzügyminiszter által felkért miniszteri biztos irányította a felkészülést. A 2001. március végén a munkavédelem országos programjának megvalósításáról elfogadott országgyűlési határozat egyik legfontosabb eszközként jelölte meg a balesetbiztosítási rendszert. Az egészségügyi miniszter által készített *Cselekvési Program* része a balesetbiztosítási ágazat előkészítése, amely a munkahelyi egészségi kockázatok megelőzésével szervesen illeszkedik a Népegészségügyi Programba.

Az egyik alapkérdés a balesetbiztosítási rendszer és a munkavédelem országos programja kölcsönhatásának szakmai értékelése, amelyhez szorosan kapcsolódik az előkészítés egyik legnehezebb szakmai feladata: a magyarországi munkahelyek kockázati helyzetéhez igazodóan történhet a konkrét munkahelyek kockázati osztályokba sorolása, erre épül a kockázatarányos járulék és a bónuszmalus rendszer, amely a legfontosabb ösztönző eleme a megelőzésnek. A leendő rendszer része a komplex rehabilitáció, amelyben szervesen egymásra épülnek annak egészségügyi és foglalkoztatási elemei. A rehabilitációnak kitüntetett helye van az Országos Egészségbiztosítási Pénztár koncepciójában, amelynek eredményes megvalósulásától azt is várjuk, hogy az jelentősen hozzájárul a teljes rehabilitációs szakterület az egészségügyi ellátások között történő rehabilitálásához.

Az OEP vezető szakértői több éve dolgoznak

a megváltozott munkaképesség komplex értékelésének problémáján, amelynek eredményeként kialakultak egy teljes paradigma váltás szakmai feltételei.

Az előzőekben leírtak kelhetnek olyan benyomást az olvasóban, hogy a balesetbiztosítástól elvárt pozitív hatások valamiféle nem kellően megalapozott kincstári optimizmusból fakadnak. Annak bizonyítására, hogy nem erről van szó, utalok a Nemzetközi Társadalombiztosítási Szövetség ez év szeptemberi stochkolmi közgyűlésén elhangzottakra. A balesetbiztosítási rendszerek működésének tapasztalatairól, az egészségi kockázatok elkerülésének, csökkentésének lehetőségéről elhangzott előadások és ezek között Sokol úr előadása bizonyították, hogy az elmúlt években a balesetbiztosítás rendszerek kiemelkedő eredményeket, sikereket tudtak felmutatni mindenekelőtt az elsődleges prevencióban. Olyan módszereket, eszközöket fejlesztettek ki – többek között a rehabilitációban, az egészségügyi ellátások minőségbiztosításában –, amelyek jelentőségükben messze túl mutatnak a nagy ellátórendszerekhez képest viszonylag kis súlyú ágazaton.

Több országban készülnek arra, hogy a munkahelyi kockázatok csökkentésében kialakult pozitív hozzáállást, gondolkodásmódot, a különféle prevenciók stratégiákat, azaz a balesetbiztosítási rendszer tapasztalatait adaptálják a munkahelyen kívüli környezetre, abból a felismerésből kiindulva, hogy a kockázatsökkentő, kockázatkerülő munkahelyi magatartás interakcióban van a munkahelyen kívüli magatartással. A munkahelyi és munkahelyen kívüli egészségi kockázatok elkerülésére való törekvés nemcsak szociális vagy etikai kérdés. A hatékony megelőzés a biztosító kemény pénzügyi érdeke, hiszen az nemcsak az egészségi problémák elkerülését segíti, hanem a pénzügyi kiadásokat is. A tervezett struktúrájú balesetbiztosítási rendszer kiépítése és bevezetése messze túl mutat a jelenlegi társadalombiztosítási rendszer egyik alrendszereinek fejlesztési kérdésein. A tervezett struktúrájú rendszer akkor tud eredményesen működni, ha koordináltan illeszkedik a szociális biztonsági rendszer egészéhez és annak alrendszereihez.

Ez az igény többirányú és kölcsönös koordinációt jelent: *mindenekelőtt a nyugdíjrendszerrel és azon belül elsősorban a rokkant-nyugdíjrendszerrel; a munkanélküli ellátórendszerrel; az egészségbiztosítási ellátórendszerrel és azon belül elsősorban a készpénzellátó-rendszerrel.* Az eredményes koordináció az egész szociális biztonsági rendszer hatékonyabb működéséhez vezethet. A balesetbiztosítási rendszer a prevenció-gyógyítás-rehabilitáció integrált megvalósításával nemcsak az egészségbiztosítás korszerűsítésének reformértékű akciója, hanem közvetve és egyes elemeihez közvetlenül is az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítéséhez is jelentős támogatást nyújthat.

Dr. Kameniczky István
OEP, Budapest

Változtak az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásainak megállapítására vonatkozó jogszabályi rendelkezések

Az új szabályokat 2001. november 24-től kell alkalmazni. A történet azonban előbb kezdődött, 2001. január 1-jével megszűnt az egyéni (3 százalékos) egészségbiztosítási járulék fizetésének felső határa, népszerű nevén a „járuléklafon”. Ez a változás komoly gondokat okozott a pénzellátások (táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj) megállapításánál, az ellátás napi összegének meghatározásánál.

A gondok megszűntetése érdekében a járulékfizetési szabályokból levezetve olyan eljárási, számítási módot alakítottunk ki, amely a nagy összegű, nem rendszeres jövedelmek beszámítására megfelelően alkalmazható. Ezt az eljárási rendet már az év első felében közzétettük. Ugyanakkor kezdeményeztük a jogszabályi rendelkezések ennek megfelelő módosítását is tekintettel arra, hogy a szóban forgó szabályokat nem csak az egészségbiztosítási igazgatási szerveknek (MEP-eknek) kell alkalmazni, hanem a kifizetőhellyel rendelkező munkáltatóknak is. Ezért rendkívül fontos a táppénz megállapítására vonatkozó szabályok pontos, egyértelmű megfogalmazása. Azt kell tehát mondani, hogy 2001. november 24-től hatályos legfontosabb változás az, hogy az egészségbiztosítási pénzellátások alapjának megállapításánál külön kell kiszámítani a rendszeres és a nem rendszeres jövedelmek naptári napi összegét. A havi rendszerességű jövedelemelemek – jellemzően a havi munkabérek, illetmények – mellett a nem rendszeres jövedelmek (jutalom, prémium, év végi részesedés, vég-

kielégítés, segély, újrakezdesi támogatás, stb.) összegét annak az időtartamnak megfelelő arányban kell figyelembe venni, amelyre tekintettel a nem rendszeres jövedelmet kifizették. A táppénz megállapításának fő szabálya szerint az ellátást az előző évi, vagy a betegséget közvetlenül megelőző időszak, de legalább 180 napi jövedelem alapján kell megállapítani. Akik azonban semmiféle jövedelemmel nem rendelkeznek ezen időszakokban, azok számára – változatlanul – a minimálbér alapján kell az ellátást megállapítani. E szabály tekintetében kivételt képeznek azok a táppénzt igénylő biztosítottak, akiknek azért nem volt 180 napi jövedelme, mert táppénzben, terhességi gyermekágyi segélyben, vagy jövedelem alapján kell megállapítani. Akik azonban semmiféle jövedelemmel nem rendelkeznek ezen időszakokban, azok számára – változatlanul – a minimálbér alapján kell az ellátást megállapítani. E szabály tekintetében kivételt képeznek azok a táppénzt igénylő biztosítottak, akiknek azért nem volt 180 napi jövedelme, mert táppénzben, terhességi gyermekágyi segélyben vagy gyermekgondozási díjban – tehát egészségbiztosítási ellátásban részesültek. E személyek számára korábban (legutoljára) folyósított ellátás alapjául szolgáló jövedelem figyelembevételével kell a táppénz alapját meghatározni, az említett kivételszabály azonban csak a táppénz megállapításánál alkalmazható. Azok a személyek, akik terhességi-gyermekágyi segélyt vagy gyermekgondozási díjat igényelnek

és nem rendelkeznek 180 napi jövedelemmel a minimálbér kétszeres alapján (annak 70 százalékában) megállapított ellátásban részesülhetnek. A gyermekgondozási díjak folyósítására vonatkozó szabály is változott. A gyermekgondozási díjnak – eltérően a többi ellátástól – van felső határa: ez 2000-ben 51 ezer, 2001-ben 80 ezer, 2002-ben 83 ezer forint.

Új szabály az, hogy a felső határ emelkedése a korábban – az előző évben – megállapított gyermekgondozási díjakra is vonatkozik. A törvény rendelkezése értelmében a korábban megállapított gyermekgondozási díjakat minden évben január 5-ig felül kell vizsgálni és az új felső határ figyelembevételével módosítani kell.

Ez a rendelkezés visszamenőlegesen, 2001. január 01-jétől lépett hatályba. Erre tekintettel a 2001. november 24.-ke (a törvénymódosítás hatályba lépése) előtt a 2000. évi felső határnak (51 ezer forint) megfelelő összegben folyósított gyermekgondozási díjakat a 2001. évi felső határ összegének (80 ezer forint) figyelembe vételével át kell számítani és a különbözetet 2002. január 23-ig ki kell fizetni. A felülvizsgálatot annak a folyósító szervnek – társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező munkahelynek, megyei egészségbiztosítási pénztárnak – kell elvégeznie, amely az ellátást eredetileg folyósította.

Dr. Vasváry Ildikó
OEP, Budapest

Látlelet

avagy

„Mi újság Wagner Úr”? - ... az egészségügyben.

Előzmények:

Családi indíttatásból – is – lehet orvos, meg azért, mert azt hittem, ez a legszebb mesterség a világon, hiszen a szenvedő emberen segíthetek. *Személyes előzmény:* rettenetesen nehéz, tételesen 72 vizsga és szigorlat után, több pszichikai és fizikai mélypont és néhány elrontott házassági kísérlet után, harmincegy-néhány éves koromban, több szak-diplomával rendelkező szakorvos lettem. Idegrendszerem akkor még szinte ép volt, szervi bajomról nem tudtak és nem tudtam én sem, azóta sem tudok.

Anamnézis:

Alulírott... magyar orvos. Lassan negyven éve a magyar egészségügy rabszolgájaként kijelentem, hogy lassan már négy évtizede fizikailag és lelkileg bántalmazott a magyar egészségügyi kormányzat és annak mindenkori ura, az egészségügyi miniszter. Engem a rendszerváltoztatás sem kimélt és azóta sem kimélnék, így mára elértem tűrőképességem határára. Közlöm azt is, hogy családom is szenvedő alanya ennek a folyamatos bántalmazásnak, feleségemnek is pánikbetegsége és kisebb-ségi komplexusa van, gyermekeink hátrányos helyzetűekké váltak és jövőendő munkanélküliek.

Klinikai státusz:

Kissé sápadt bőr és nyálkahártyák, testszerte finomhullámú, a szemek körül karikák, középkorú, de annál jóval idősebbnek látszó, erősen deresedő hajó, kis sörpocakkal rendelkező férfibeteg/nőbeteg, aki krónikus fáradtsága miatt nehezen tud kiszállni több mint tizenéves autójából. Bemutatkozáskor, verbális

kontaktuskereséskor, miután megmutatja három szakdiplomáját és sok száz továbbképzési iratát, halkra fogott hanggal azt kéri, hogy a főnöke meg ne tudja, hogy vizsgálatra jelentkezett, mert másnap leépítik, hiszen csak az alkalomra várnak... *Mivel ugye a privatizáció, az intézmény érdeke, stb.* Azonkívül, azért is rossz a helyzete, mert nem értik miért tud három-négy nyelvet, amikor koránál fogva legfeljebb oroszul tudhatna és kit is érdekel, hogy ezeken a nyelveken szakmunkákat olvas, hiszen még mobiltelefonja sincsen, mert még a vezetékes díját is alig tudja néha kifizetni.

Kérdésre válaszolva elmondja, hogy csak ritkán tud végigaludni egy-egy éjszakát, mert rémálmai vannak, aztán meg a több ezer ügyeletes éjszaka után hozzá is szokott, hogy ne aludjon egyhuzamban túl sokat. Valamikor dohányzott – amikor még nem tiltotta az egészségügyi kormányzat –, de most már csak alkalmoszerűen teszi és alkoholizálni is csak vasárnap, otthon mer, nehogy a főnökei azt híreszteljék róla (is), hogy alkoholista, mert vendéglőben látták (vendéglőre már régen nem telik).

Szívhangok igen halkak, sok extrasystolével, EKG-ja lapos T-hullámokat tartalmaz, vérnyomása ingadozó, a napi „helyzet” szerint. Has puha, betapintható, kissé meteorisztikus, a sok zöldségtől, amit ijedében, hogy ne legyen diabéteses, fogyaszt.

Emésztése, széklete rendetlen, mert krónikus műszerhiányban szenved és ami van, az is olyan elavult, hogy mindig azon kell pánikolnia, vajon nem árt-e a vizsgálattal a betegének

(négy hónapja megrendelt kéziműszereit a műszerboltos még mindig nem szállította le, mert ez túl kicsi tétel – csak százezer forint körül, „*Miért nem rendel egy teljes műtőberendezést?*” – akkor azonnal szállítanak, sőt, még kedvezményt is kapna – zsebbe. Hiába mondja, hogy húsz éve nem volt az intézménynek pénze, hogy egy új műtőt, illetve egy új röntgengépet vegyen). Hátra volna még a **prostata** – vizsgálat, de hát arról már jobb nem is beszélni: milyen is lehet a prostatája egy ilyen orvosnak, aki a korban is benne van, meg annyit ügyelt életében, hogy folyton prostata-duzzanata volt. Jelenleg csak H-ja van reméljük, a többit majd eldönti a szövettan!

Diagnózis:

Márnutritió chronika et..., egyszóval a diagnózis felállításához kell még csak józan paraszt és (nem számítógépes modellezés) – az egészséges és benne az egészségügy rabszolgáinak állapota minden képzeletet felülmúl és a diagnózis „**gus ad vitam**”, bizony már csak rövid évekre nyúlhat.

A diagnózisnál, a mi esetünkben, gyakorló orvosok lévén, úgy is sokkal fontosabb a terápia, hiszen a túl sok tudományos filozófiától a betegellátás még soha nem javult.

Terápia:

Ez a terápia, igazi holisztikus – rendszer-terápia kell, hogy legyen, amelyben az egészségügy emberi szereplőinek csak annyi a szerepe, hogy ők ennek elszenvetői, az eredmények azonban éppen olyan jók vagy katasztrófálisak lehetnek, mint az egyéni gyógyításban.

Terápiánk alapja mindenekelőtt egy, a főníciaiak által feltalált eszköz, a pénz, amelynek hiányában az egészségügyben (sem) mozdulhat semmi. Politikusaink ezt nem tudják, vagy – amitől inkább tartunk – nem akarják belátni, hogy az egészségügybe több pénzt kell infundálni mint a bankokba, repülő- és egyéb társaságokba együttvéve. Mivel a beteg igen acut és igen életveszélyes állapotba került mára, az infúziót nagy sebességgel kell adni! Természetesen az infúzió mellett, alaposan fel kell újítani a műszerparkot is, sőt, hogy a reanimáció megfelelő lehessen, megfelelő pihenőórát, illetve megfelelő magán képzési időt is kell biztosítani az egészségügy szereplőinek. Könyvtárórákat, évi, a terhelésnek megfelelő pihenőszabadság-pótlékot, a tudományos továbbképzés legkülönbféle formáit, amelynek költségeit ne az egyén, hanem az állam viselje. Magyarán szólva: a költségek teljes egésze – utazás, tanfolyamköltségek, étkezés, szállás – száz százalékban leírható legyen az év végi adóból.

Ha minden anyagi feltételt biztosítottunk az egészségügy felépüléséhez, akkor arról se feledkezzünk meg, hogy a beteg pszichikumát is kezeljük a megfelelő empátiával. Vagyis a média folyamatosan közzöljön olyan cikkeket, amelyek azt reklámozzák, hogy mekkora odaadással és erőmegfeszítéssel dolgoznak az egészségügy szereplői azon, hogy a magyar állampolgárok igen megromlott egészségügy állapot javulhasson. Nem kérjük, követeljük, hogy az egészségügyieket mindenütt övező társadalmi tisztelet újra megadasson nekünk! Még azon az áron is, ha néha ezért,

a minőség jegyében, amputációkat kell végezni, vagyis megválni olyan kollegáktól, bármilyen rendű és rangú egészségügyben dolgozótól, aki nem tudja teljesíteni a legmagasabb minőségi követelményeket. Természetesen a rendszerterápia része kell legyen az is, hogy végre a hatalmi, alá- és fölérendeltségi viszonyokat is kellően rendezzük. Ez elérhető egyrészt az egészségügy valódi demokratizálásával, másrészt az anyagi érdekeltségek megváltoztatásával, ha megfelelő fizetést adunk az egészségügy szereplőinek, akkor megszűnik a paraszolvencia megalázó és antidemokratikus gyakorlata és akkor a kezdő szakorvos is annyi munkához jut, mint az osztályvezető, valamint az osztályvezetőnek sem kell megszakadnia a sok túlmunkától és a múltszádazi jellegű „túlfelelősségtől”. A képzés és a fizetések európai uniós normáit betartva, mindenki szakdipolmája annyit fog érni mint a másiké, tehát az orvosi ellátás demokrációja és fegyelme önmagától helyreáll, ugyanis a növérek helyzete is rendeződni fog, hiszen az ő jövedelmük is képzettségüktől fog függeni.

Hiszek, sokan hiszünk abban, hogy ez a kórkép és ez a terápia mind többek előtt ismeretessé váltva, a kérdések előtt már politikusainknak sem lehet olcsó kibúvókat talánya és akkor minden különösebb számítógépes modellezés nélkül meg lehet gyógyítani a magyar egészségügyet. Minden egyéb próbálkozás csak üres időfecsérlés és figyelemelterelés.

Dr. Nagy Major Gábor

Sebész és tramuatológus szakorvos

Alkohol, az engedélyezett drog

Magyarországon a tiszta szesz-ital fogyasztás évek óta folyamatosan meghaladja a 10 liter/fő/év értéket. Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) adatai szerint a betegségeket az általuk okozta gazdasági teher nagysága szerint rangsorolva az első helyen a depresszió áll, a negyedik az alkoholizmus, a kilencedik helyet pedig az önkárosító magatartások egyre bővülő csoportja foglalja el. (Mindhárom lehet egymásnak oka és okozta.) Egyfelől van tehát a 100 milliárdos nagyságrendű bevételi forrás, másfelől a ki nem számított, számítható gazdasági kár, amely szétszórva, rejtetten ugyan, de szintén része – negatív irányú része – a költségvetésnek. Remélhetőleg előbb vagy utóbb, de az egészségügy erősebb lesz a pillanatnyi gazdasági haszon értékénél.

Az emberek már az ókorban is vegyes érzelmekkel fogadták Dionüsszosz isteni ajándékát. Voltak, akik örültek a jókedvnek, felszabadultságnak, de sokan féltek a mámortól, s főleg a lehetséges következményeitől. Voltak, akik a mértékletesség elvét betartva hódolni engedtek az élvezeteknek, de ez az engedékenység káros, pusztító szenvedélybe is torkolhatott (bacchanáliák, orgiák). Ez a kettősség mind a mai napig jellemző. Vallások tiltják a mámorító bor (s minden hasonló nedű) élvezetét – iszlám –, törvényekkel szabályozzák a fogyasztását. Volt szesztilalom Amerikában, vásárlási korlátozás az egykori Szovjetunióban, még ma is van a skandináv államokban, léteznek korlátok, életkor, napszak szerint Magyarországon is. Olcsónak sem mondható az élvezet. A felsorolt példák mégis leginkább eredménytelen kísérletként jelennek meg az alkoholizmus elleni küzdelemben. A hosszú távú (1979-1999) sta-

tisztikai elemzés alapján a túlzott mértékű alkoholfogyasztásra visszavezethető megbetegedések száma drasztikusan nő, mintegy hét-nyolcszorosára emelkedett. Elgondolkodtató tény az is, hogy a már egészen fiatal korosztály is jelentősen veszélyeztetett. A középiskolás fiúk 16 százaléka, a lányok 4 százaléka rendszeres szesz-ital fogyasztó. 5-6 százalékuk ezen belül veszélyes mértékben alkoholizál. Az alkoholizmus, mint szenvedélybetegség kialakulásának több összetevője lehetséges. Szerepet játszhat benne biológiai tényező. Nem bizonyított, de feltételezhető úgynevezett hajlamosító gén létezése, ami a környezeti hatások nyomán elősegítheti a betegség kialakulását. A személyiségi jegyek mellett meghatározó lehet a látott, átélt példa. A családi „apám, anyám is iszik”, a baráti „rossz társaságba keveredétség”, „a társadalmi ünneplés csak itallal elképzelhető tapasztalatok” determinálhatják, mintegy rászoktathatják az egyént az italozó életmódra.

Kálmánczhey Albert addiktológus (Debrecen Városi Egészségügyi Szolgálat Ideggondozó Intézete vezetője) főorvos 1996-ban végzett felmérése szerint Hajdú-Bihar megyében körülbelül ötven-hatvanezre tehető a mérték-telenül italozók száma. Ebből a gondozóban elvonó kezelésre 2-3 fő jelenik meg hetente. Néhányat már kialakult betegség – akut, krónikus elmezavar – miatt a különböző pszichiátriai osztályok, gondozók vesznek kezelésbe, de az alkoholisták nagy többsége nem kap, nem kér és nem fogad el segítséget. Holott állapotuk súlyos veszélyt jelent nem csupán saját egészségük, de környezetük, szeretteik számára is. Számítalan egyéni, családi tragédia okozója az

italozás, amelyről sem a közfelfogásban, sem az egyéni megítélésben nem elfogadott a betegségtudat. Így a gyógyítás, az alkoholizmus elleni küzdelem eleve hátrányos helyzetből indul. Hiába áll rendelkezésre felkészült szakembergárda a betegek fogadására, gyógyulásra nem kötelezhető senki. A beteg pedig gyakran önmagának sem „vallja be”, hogy gondjai vannak, hogy az alkohol rabjává vált. Mentségeket keres és talál az ivásra: „Megkeresem az árát!” „Csak egy sört (fröccsöt) stampedlit kaptam be a haverokkal!” Van olyan alkoholista, aki szemrebbenés nélkül letagadja az ivást. Rágót, mentolos cukorkát, szájsprayt használ és halálosan megsértődik a gyanúsítgatástól, hogy ő ivott. A házastárs, gyerek, vagy szülő végül maga is meginog, talán tényleg tévedett, talán rosszul ítélte meg valamit... És amikor ráakad az ital dugihelyére, véletlenül, vagy mert keresni kezdi, rendszerint már késő, a szenvedélybetegség, az alkoholfüggőség már kóros mértéket öltött.

Tovább rontja a helyzetet, hogy az egészségügy erőfeszítése önmagában kevés. Szociális, társadalmi összefogás nélkül nem elegendő az anyagi támogatás sem, ami a prevencióra, gyógyításra, vagy az esetleges utókezelésre jut. Rendkívül alacsony a gyógyulási arány, 10-15 százalék, ennek is mintegy 50 százaléka csak ideiglenes hatású, egy-két évre szól. Sok a visszaeső alkoholista. Ez magyarázható többek között azzal is, hogy amíg elvonóra nem kerül valaki, addig természetes számára, „társadalmi kötelezettség” az alkohol fogyasztása minden néven nevezhető esemény alkalmával. Elvonókúrán átesett gyógyultként pedig „baráti” ugratások céltáblája, szavahihetetlen, megbízhatatlan egyén a munkahely, a család számára.

Az már bebizonyosodott, hogy az alkoholtilalom nem megfelelő megoldás. Megjelennek a bögrecsárdák, s csupán annyi változik, hogy a forgalmi haszon nem az államkasszába folyik be, hanem egyéni ügyeskedők zsebébe. Nem visszatartó erő a fogyasztói ár drasztikus emelése sem. Ez utóbbi a gazdasági büntettek (lopás, rablás, betörés, sikkasztás) előretörésével járhat. Gyógykezelésre csakis a beteg beleegyezésével, önkéntes alapon van lehetőség, már ha az alkoholista képes felismerni önön betegségét, és hajlandó gyógyíttatni azt. Kényszergyógykezelés csak bírósági határozat, ítélet esetén következhet be. Túl ezen társadalmi szemléletváltásra is szükség van. A jelenlegi 100 milliárdos bevételi forrásból az egészségvédelemre visszaforgatható összegekkel jelentős prevenciót kifejteni, támogatni a munkáltatók azon törekvését, hogy nem megszabadulni akarjanak – az egyébként gyakran kiváló szakmai tudású – munkaerőtől alkoholfüggés esetén, hanem a gyógyulni akarók és hajlandók számára nyújtsanak fogódzót a gyógykezelés után visszatérési lehetőséggel. Nyugaton, Németországban működik ez a modell. A szenvedélybetegséggé növekvő italozás visszaszorításában az ivási szokások korrekciója, átalakítása is hozhat jelentős javulást, amennyiben előtérbe kerülnének az alacsonyabb alkoholtartalmú italok a tömények fogyasztásával szemben.

Az alkoholizmus elleni küzdelem, amely nem kisebb jelentőségű, mint a dohányzás, vagy egyéb betegségmegelőzési program, hosszú távú, sokrétű együttműködést igényel, s nem egyedül az egészségügy feladata, hanem állami érdek és felelősség.

Pigniczki Ágnes
Debrecen

Bizonyítékokon alapuló orvoslás – az egészségnyereség iránytűje

(folytatás az 1. oldalról)

Mi fán terem a bizonyítékokon alapuló orvoslás?

A BAO olyan módszer, amelynek révén a beteg ellátásával kapcsolatos döntéshozatal a jelenleg rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok tudatos, meghatározott elvek szerinti mérlegelésén és körültekintő alkalmazásán alapul. A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás gyakorlata integrálja a szakmai tudást és tapasztalatot a szakirodalom szisztematikus elemzése alapján rendelkezésre álló legerősebb tudományos bizonyítékokkal.

A BAO az életpályát átívelő folyamatos tanulás, melynek során belső igénnyé válik, hogy az orvos a betegek érdekében a klinikailag legmegbízhatóbb információk, legerősebb bizonyítékok alapján döntsön, legyen az kapcsolatos a betegség megelőzésével, diagnózisával, kezelésével vagy prognózisával.

Az örök konfliktus

Az egészségügy nemcsak része a társadalomnak, hanem tükrözi egy társadalom ideáljait és bizonyos mértékig a társadalmi civilizáció mérőeszköze is. Az egészségügyi szolgáltatások kínálati bővülésével azonban a Föld legfejlettebb országai sem képesek lépést tartani. Nem magyar sajátság, hogy a „tudományosan lehetséges” és a „gazdaságilag megengedhető” konfliktusát élezve – a szolgáltatóipar, az orvosok és az ellátásra jogosultak részéről – egységes nyomás nehezedik a kormányokra, hogy növeljék az egészségügyi kiadásokat. *A BAO látványos térhódításának magyarázata, hogy az egészségügyi szolgáltatások iránti igény egyetlen országban sincs összhangban az egészségügyre fordítható erőforrásokkal.* Magyarország ugyanazokkal a problémákkal küszködik, mint minden más fejlett ország, azaz, hogy miként lehet az egészségügyi ellátás színvonalát biztosítani a kor követelményeinek megfelelően a szűkös források közepette. A kérdés megoldása komplex, hosszútávú stratégiát sürget. A rendelkezésre álló források optimális felhasználása az egészségügyi rendszer valamennyi résztvevőjének – beleértve a beteget, az ellátót, a biztosítót és a politikusokat – elemi érdeke.

A források optimalizálása és az egészségügyi kiadások kontrollja érdekében a kormányok keresik az átlátható, orvos-szakmailag indokolt, politikailag és morálisan védhető döntéshozatali mechanizmusokat. Ezért joggal merül fel *az igény olyan átfogó rendszer alkalmazására, mely az objektív kutatási eredmények kritikus és szisztematikus elemzésére alapozva, a lehetőségekhez mérten, a betegellátás eredményessége szempontjából leghatékonyabb és legjobb minőségű egészségügyi ellátást biztosítja, és amely az információ robbanás közepette is hozzásegít a lehető legobjektívebb és optimális döntések meghozatalához.* A problémák megoldására a klinikai ellátás hatékonyságának és minőségének javítására hivatott bizonyítékokon alapuló orvoslás önmagában nem panacea, de Európához való felzárkózásunk küszöbén elkerülhetetlen.

Miért is kell ez nekünk?

A tudomány és az informatika fejlődése információáradatot eredményezett, amelynek feldolgozására, szelektív, szisztematikus és kritikus elemzésére sem időnk, sem szakmai felkészült-

ségünk nincs, nem is beszélve az anyagi erőforrásokról. Ugyancsak közismertek a szakmai képzés és továbbképzés hiányosságai, a management szemlélet fejletlensége, valamint az egészségügyi finanszírozási rendszer súlyos problémái és kedvezőtlen kihatásai a szakmai fejlődésre.

Nemzetközi felmérésekben jól dokumentált, hogy ahol a BAO gyakorlata még nem honosult meg, az orvosi beavatkozások 15-20 százaléka nyugszik csak szolid bizonyítékokon, míg a diagnosztikai tesztek esetében ez alig éri el a 6 százalékot. Számos terápiás eljárás és diagnosztikai teszt kerül piacra, a klinikai hatékonyságra és egészség-gazdaságtani kihatásokra is kiterjedő, a BAO módszertanát is felhasználó széleskörű technológiaelemzés nélkül. Pedig a kísérleti körülmények között mutatott, placeboval szembeni hatássóság, vagy diagnosztikai tesztek esetén az analitikai tökéletesség még korántsem garancia arra, hogy a gyógyszer, vagy az eljárás a betegellátásban is megállja a helyét. *Hazánkban általában nem dokumentálják, hogy az új gyógyszer mivel nyújt többet, mint az eddig bevált standard terápia. Gyakran azt sem vizsgálják, hogy a többletkiadást indokolja-e az új gyógyszer vagy módszer bevezetésével bizonyítottan elérhető egészségnyereség.*

A BAE nagy sikerét és elfogadottságát jelzi, hogy egyre több fejlett országban szolgál a döntéshozatal alapjául, a szolgáltatói, biztosítói és egészségpolitikai oldalon egyaránt.

TUDOR a tudás rengetegében

A BAE megvalósulásához szükséges szakmai igény és szemléletváltás kialakításának elsődleges feltétele a BAE módszertanának alkalmazására és oktatására képes hálózat létrehozása. Ennek érdekében a Szegedi Tudományegyetem koordinálásával, 1999-ben TUDOR néven (TUDományos ORvoslás), országos, humán erőforrás fejlesztési projekt indult. A projekt célja a bizonyítékokon alapuló egészségügy és a bizonyítékokon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal támogatása és terjesztése Magyarországon. A brit Department for International Development a projektet közel 140 millió forinttal támogatja.

A projektben az orvostudományi karok, a Magyar Ápolási Egyesület, számos orvos-szakmai tudományos társaság, szakmai kollégium, az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szoros szakmai együttműködésben tevékenykednek. A brit partnerekkel való együttműködést az Oxfordi Egyetemen működő, a BAO európai bölcsőjének számító EBM Központ, és a bizonyítékokon alapuló szakpolitikai döntéshozatal és egészségügyi szolgáltatásvásárlás terén kiemelkedő tevékenységet folytató Egészségtudományi Intézet (Institute of Health Sciences) koordinálja. A projekt résztvevői a TUDOR hálózat keretében összehangolt oktatási és szakmai feladatokat végeznek és a projekt eredményeinek közös felhasználására valamennyi résztvevő jogosult.

A projekt három fő fázisból áll. Az 1999 májusában induló program első fázisában kiépült az országos TUDOR hálózat, amelynek résztvevői brit együttműködéssel kidolgozták a TUDOR munkacsoportok szakmai és képzési programjait. A második fázis 2000 augusztusában indult a magyar oktatóbázis és képzési kaszkád kiépítésére irányuló oktatási törzsprogramokkal, amelyeket a BAE gyakorlati bevezetésére irányuló szakmai prog-

ramok egészítettek ki. A 2002-ben induló utolsó fázis *célja a BAO terjesztése, betegképviseleti szervezetek és a média bevonásával, valamint az oktatási tevékenység széleskörű intézményesülésének és a bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlati alkalmazásának szakmai támogatása. További cél a TUDOR nemzetközi kapcsolatainak kiépítése, valamint a bizonyítékokon alapuló orvoslás egészségügyi minőségügyi tevékenységekkel való integrációja. A szakmapolitika szintjén fő célunk a bizonyítékokon alapuló döntéshozatal alkalmazásának előmozdítása az egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatásvásárlási oldalon egyaránt.*

A projekt során eddig összesen 15 magyar egészségügyi és közigazgatási szakember vett részt egy-egy hetes, 2 közigazgatási szakember pedig 3 hónapos BAO, illetve egészség-gazdaságtani továbbképző kurzusokon Nagy-Britanniában. Eddig 6 hazai továbbképző kurzust tartottunk közel 300 főnek brit és magyar oktatók közreműködésével. A TUDOR munkacsoportok által végzett egyéb hazai oktatási programok kiterjednek az alapképzés, a rezidensképzés és a folyamatos továbbképzés rendszereire, és a kórházi orvosokon kívül bevonják a családorvosokat, szakdolgozókat, betegeket és közigazgatási szakembereket is.

A szakmai programok célja a bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlati alkalmazása és a bizonyítékokon alapuló egészségügyi gyakorlat megvalósíthatóságának vizsgálata. *A szakmai programok elsősorban népbetegségek (stroke, szívinfarktus, depresszió) ellátásának javítására irányulnak. Ezek mellett olyan diagnosztikai és terápiás eljárásokat elemeznek* a bizonyítékokon alapuló klinikai audit és szakmai irányelv fejlesztés módszertánával, *ahol a bizonyítékokon alapuló útmutatók, protokollok javíthatják az ellátás hatékonyságát és minőségét.*

A bizonyítékokon alapuló egészségügy elterjedésének alapvető feltétele, hogy a BAO gyakorlásához szükséges információk könnyen kezelhető formában jussanak el az orvosokhoz és az egészségügyi személyzethez. Ennek érdekében minden résztvevő intézményben kiépülnek a *TUDOR információs központok*, amelyekben hozzáférhetővé válnak a bizonyítékokon alapuló egészségüggyel kapcsolatos könyvek, folyóiratok a Cochrane Library/Best Evidence és egyéb elektronikus adatbázisok, illetve oktatási segédanyagok. A bizonyítékokon alapuló klinikai döntéshozatal támogatására brit kollaborációban helyileg használható klinikai intranet rendszerek fejlesztése kezdődött meg.

A TUDOR hálózat tagjai bíznak abban, hogy a bizonyítékokon alapuló orvoslás Magyarországon is lelkes követőkre talál. *A szakmai színvonalat, a betegellátás minőségét és hatékonyságát egyaránt javítani hivatott gyakorlat várhatóan az egészségügyi reformokkal és Magyarország EU csatlakozásával fog kiteljesedni.*

A TUDOR projektről szívesen nyújt további tájékoztatást a koordinátor:

Prof. Horváth Andrea Rita
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar
Klinikai Kémia Intézet Levélcím: **6701, Szeged, Pf.: 482**
Telefon: 06-62-544-559, 06-62-545-751, Fax: 06-62-544-559
E-mail: horvath@clab.szote.u-szeged.hu

(folytatás a 9. oldalon)



A 21. század kommunikációja

A Magyar Tudományos Akadémia Filozófiai Kutatóintézete és a Westel Mobil Távközlési Rt. 2001. januárjától közös, interdiszciplináris kutatási programot indított el az információs társadalom korszerű elméletének kidolgozása céljából. Az empirikus felméréseket és elméleti elemzéseket egyaránt magában foglaló kutatás eddigi eredményeit a „Mobil információs társadalom” és „A 21. századi kommunikáció új útjai” című, több szerző írásait magukban foglaló tanulmánykötetben tette közzé.

Internet, e-mail, WAP-os chat, mobil telefon. Ezek az új kommunikációs eszközök egyre inkább életünk szerves részét képezik. Milyen hatással vannak a személyiségre, hogyan alakítják át hétköznapijait, munkáját, magánéletét, közéleti tevékenységét? Miféle lehetőségeket teremtenek az új kommunikációs csatornák a közösségek kialakulásában, hogyan módosítják az emberek nyelvhasználatát? Hogyan tájékozódunk általuk az információk dzsungelében? Milyen – kedvező és kevésbé pozitív – hatásokat generálnak századunk technikai szolgáltatásai?

A mobilhasználat a közvetlen emberi kapcsolatokat teszi még élettelibbé. Ezzel egyidejűleg felbontja életünk korábbi tér- és időstruktúráját, a folyamatos jelenlét kényszerével elmossa a munka és a magánszféra határait. A mobiltelefon egyfelől erősíti szabadságunkat, mivel bárhol elérhetőkké válunk térbeli mozgásunk

korlátozása nélkül, másrészt azonban akkor is „on-line”, kontrollálható helyzetben vagyunk, amikor ezt éppen nem szeretnénk. Az árnyoldalak azonban eltörpülnek az előnyök mellett, *Buda Béla* megfogalmazásában: „*Ilyen haszon például a kapcsolattartás, a segítségkérés, az információszerzés és az élet-, illetve tevékenységszervezés lehetőségeinek rendkívüli kitágulása. ...Az új kommunikációs eszközök újfajta közösségek kiépülését is lehetővé tették, áthidalva a távolságokat, a mozgási korlátozottságok hátrányait, vagy a megfelelő partnerek megtalálásának nehézségeit is. Az Internet és a mobiltelefon növekvő szerepe a segítő, gondoskodó társadalom, a civilszféra és a közösség, a kapcsolati kultúra fejlődését igéri, és gyarapítja a szociális tőkét.*”

Létrejön az azonnali döntéshozatal lehetősége a közéleti, hivatali munkában. Kutatás sok foly-
nak egyebek között arról, hogyan és mire használják a döntéshozók a mobiltelefont, milyen módon és kinek biztosítják az elérhetőséget, illetve kit igyekeznek távol tartani maguktól és így tovább. *Sükösd Miklós és L. László János* kutatása extrém esetet is említ a mobiltelefon hasznosításának lehetőségeivel kapcsolatban: egy képviselő szabadsága alatt tartottak egy rendkívüli testületi ülést, felhívták őt mobilján, kihangsúlyozták, így szólt hozzá és szavazott a napirenddel kapcsolatban.

Egy aranydiplomás orvos gondolatai

Ötven évvel ezelőtt doktoráltam. Az életem állomásai számokban: születtem 1926-ban, érettségiztem 1944-ben, orvosdoktorrá avattak:1955-ben, aranydiplomát kaptam 2001-ben. Elmúlt 75 év, és micsoda idők voltak ezek! Feudálkapitalizmus, kommunizmus, szocializmus és ma kapitalizmus. Voltam 1944 előtt cserkész és levante az úttörő- és KISZ-élet életkori sajátosságomból adódóan elkerült, ma akár újra lehetnék cserkész.

A szakmáról szeretnék néhány gondolatot megfogalmazni. Mindannyian szakmai és társadalmi ingerben élünk, amit **életnek** nevezünk.

Egyetemi felvétel:

Akkor is voltak „teszt” kérdések. Egy örökké megmaradó, politikamentes, etikai és szakmai szemléletűt említek: ha két sebesült katona fekszik az orvos előtt, egy magyar és egy orosz, melyiket látja el elsőnek? Mindenki rávágtá, hogy az oroszt! Nem, jött a reflexió: a súlyosabbat!

Fésületlen gondolatok a szakmából:

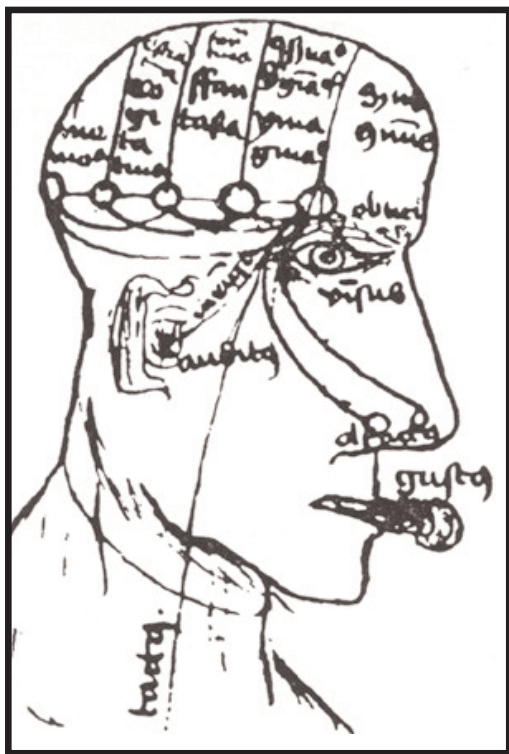
Hányszor mondtuk, hogy akkor most próbálkozzunk másik gyógyszerrel. Ebben benne van az egész orvostudomány és gyógyítás gyakorlata. Hát nem tudjuk, hogy mit kell adni? Milyen jó lenne már ismerni az egész szervezetünket, annak minden működését, mint például az autószerelő az autót. Már nem is lenne betegség és beteg ember a Földön. De itt van már az EBM, azaz az Evidence Basic Medicina, másnéven a bizonyítékon alapuló orvoslás mint legújabb irányzat.

Szerintem a bizonyítékok megszerzése lesz még ma is kétséges. Mert például egy asztalosnál fel sem merül etikai vétség, műhiba. Ezek csak az orvos által szervizelt emberi viszonyokban léteznek. *Vajon hány százalékban ismeri az orvostudomány az emberi szervezetet és annak működését, és mennyit ebből egy orvos? Ezek után, hogyan lehetséges a műhibákat számonkérni az orvosoktól?*

Bemegyek egy boltba, ahol mindennek ára van. Mennyi az ára a gyógyításnak? Ha ma egy luxusautóhoz viszonyítom, amit mondjuk 20 millióért vehetek meg, és azt nézem, hogy mennyi egy orvos havi bére. Talán még a sztár orvosok sem keresnek ma ennyit egy évben.

„Még hogy legfőbb érték az ember...”
Mihez képest? Mondjuk egy autóhoz? Bezeg az autószerelvben adott és elvart borralvaló ellen nincsenek a társadalomban etikai előítéletek! Ingyen kellene gyógyítani, és gazdag orvosként élni, mert humánumból nem lehet meggazdagodni!

Az orvosi hivatástudat is jól kilett találva. Ezzel lehet az orvost zsarolni, hogy ingyen és eredményesen gyógyítson. Pedig mi tudjuk, hogy nem a hivatástudat gyógyít, hanem a szakismeret. Tudom, hogy patetikuss szemléletet és mondanivalót kellene most mondanom, hamisat, szépet és jót, de



(folytatás az előző oldalról)

A mobiltelefonon keresztül zajló WAP-os chat – amely egyfajta átmenetet képez a szóbeli és az írott kommunikáció között – sem a személyes kapcsolatok helyettesítésére szolgál, hanem az ismerkedés, a tényleges találkozási lehetőségek megteremtésének egyik eszköze. Olyanok között alakulhat ki kapcsolat, akik a WAP-os chat nélkül soha nem ismerték volna meg egymást. A WAP-on chatelő nincs helyhez kötve, így nem is jellemző rá annyira az őt körülvevő tér, mint a jóval inkább helyhez kötött internetes csevegőkre. A WAP népszerűsége a szakemberek szerint egyre növekszik. Hazánkban a Westel 777sms nevű szórakoztató oldalán WAP-os chatje is ezt támasztja alá. Megdőlt az a hipotézis, miszerint a mozgékonyvá vált információ helyhez köti az embert. Ellenkezőleg, felkelti az igényt a közvetlen tapasztalásra. A felfedezés izgalma pedig az Internet korában is egyéni marad! A sokak által hangoztatott veszély, az Internet-függőség azzal áll kapcsolatban, hogy mire használja az ember az Internetet, s nem azzal, hogy mennyit. Az Internet és a többi új kommunikációs technika személyre gyakorolt hatását kutatva *Krajcsi Attila, Kovács Kristóf és Pléh Csaba* három táborát különít el: az *optimistákét*, akik az előnyöket látják, a *pesszimistákét*, akik a hátrányokra helyezik a hangsúlyt, s végül a *stabil biológiai rendszerek* híveinek táborát. Szerintük azok válnak Internet- vagy mobilfüggővé, akik egyébként is függővé válnának, csak a függőség tárgya változik. „*A Plaza-cicák SMS-használata sem rontja a nyelvünket* – szögezik le tanulmányukban –, *mert ők előtte sem aranyi magaságokból szárnyaltak.*”

„*Ha az Internet térhódítása minden idevágó tapasztalat szerint együtt jár a fizikai mobilitás intenzívebbé válásával, a mobil Internet hozzáférés iránti igény szükségképpen elemi erővel jelentkezik. S ezenközben nemcsak szövegeket, hanem – egyre inkább – hangokat és képeket is*

igénylünk. Tévédünk, amikor elhittük Humboldt-nak, vagy Wittgensteinnnek, hogy az emberi intelligencia eredendően verbális. Az Internet forradalom egyben az új képi gondolkodás forradalma is” – írja Nyíri Kristóf, az MTA Filozófiai Kutatóintézetének igazgatója.

Új vizuális népművészett van kialakulóban: az **oplogó**. Több mint félmillió hazai mobilos töltötte már le saját működési jelét, saját képére formálva telefonját. Óriási az érdeklődés a Westel operátor-logó lehívási opciója iránt, amely aligha üres divat csupán.

A mobiltelefon rövid, szöveges üzenetei, az SMS-ek nem csak elszegényítik a nyelvet, hanem kreatív megoldásokat és ezzel egy újfajta kommunikációs stílus kialakulását is magukkal hozzák.

A mindinkább tökéletesedő, a hang mellett képek továbbítására alkalmassá váló eszközök egyre közelebb hozzák a visszatérési lehetőségét a gyökerekhez, a közvetlen emberi kommunikációhoz, amelyet az ember az egyedüli természetes kommunikációs formának tart.

Az új kommunikációs formák egyúttal új személyiségtipus, a hálózott individuum létrejöttét hozták magukkal. Emberek százmillióra lehet hatást gyakorolni. Természetesen ez merőben más feladat, mintha csupán százazrekről volna szó.

A globális kommunikáció megszokorozza a kultúrák közötti ütközések és a leszakadók körében meglévő harag veszélyét. Kezelni kell azt a problémát is, amely az információk szabad hozzáférhetősége és azok felhasználásának kényszerű korlátozásai közötti feszültségből adódik.

A fenti témák további kutatásokat igényelnek. Már folyik a 2002. első felében esedékes nemzetközi, Budapesten rendezendő konferenciának az előkészítése, amelyen a *politikatudomány, a kommunikációelmélet, a fejlődéslélektan* és más tudományágak jelentős képviselői tartanak majd előadásokat.

SzJ

az élet nem ilyen és a valóság kimondása kötelességünk, mert csak az igazság kimondásával tehetjük jobbá életünket. Az ember egészséges tudattal születik, a betegségtudatot később tapasztalat útján szerzi meg. Hiába van az emberben hivatástudat, ha munkát, állást nem kap hozzá. Ha egyszer majd klónozott emberekkel népesedik be a Föld, eljön az a várva várt paradicsom, amit mindenki szeretne? Minden szakmának két része van, technikai és irracionális. A zseniknek elegendő az utóbbi.

Humorral is találkozók az orvos

Egy szlogen a rádióból: „*egészségügyi tanácsok mellékhatások nélkül*”. Egy orvos csak egészségügyi felvilágosítást végezzen, akkor nem lesznek etikai, szakmai problémái, sőt műhibáért sem perelik be soha! Egy másik szlogen: „*ez a betegség nem gyógyítható, de kezelhető...*”. Én csak kezeltem a beteget, de nem gyógyítottam! Ugyan mit szólna erre az etika, ha etikus lenne? „*Asszonyom...*” – szólítom meg a beteget, mire a páciens: „*Asszonya én magának nem vagyok, de nem is lennék soha!*”

„*Vetközzön le...*” – mondom a betegnek. „*Doktor Úr, maga is levetközik? Tudom én, hogy nekem mi a bajom... Micsoda? – kérdezem. „A feleségem! Doktor Úr, még életéhségem van, még nem laktam jól az étellel. Maga életévő maga...*” – mondtam neki. Mint nőgyógyász mondom Karinthy Frigyes után szabadon: „*Egy nő mindent megért, csak az árát nem!*”

Olvasom a Magyar Hírlap 2001. november 13.-i számában, hogy Dohánygyárak húznak hasznát a rákkutatásból. Okozzák és gyógyítják a tüdőbetegséget. Már várom, hogy kimondják, az orvosok betegítik meg az emberiséget azért, hogy gyógyíthassák őket és gazdagodjanak.

Hazafelé az élet útján

Megöregedni annyit jelent, mint megélni, hogy bennünk és körülöttünk szétesik a világ, már érezzük, hogy nem tudjuk ismételten összerakni, és ez borzasztó, de elkerülhetetlen. Az élet megy tovább, ezt szokták mondani, ha valaki meghal. Ez igaz, de ha én meghalok, nekem az élet már – megállt! Mi lennék, ha újra szület-hetnék? Újságíró vagy orvos. Ha orvos, csak laboratóriumi kutató, az emberiségért dolgoznék, csak az emberek ne zavarjanak butaságaikkal. Újságíró meg azért, mert akkor én lennék a számonkérő és nem engem kérnének számon!

(folytatás a 2. oldalról)

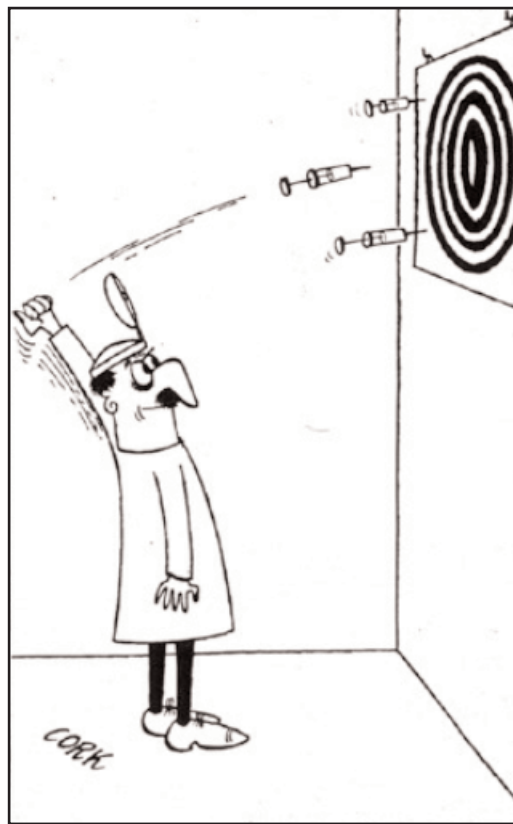
Németországban az elfogyasztott élelmiszerek 75 százaléka ipari termelésből származik, az Egyesült Államokban, a modern élet őshazájában 95 százalékuk. Az amerikai középosztálybeli háztartások többségében már egyáltalán nem főznek.” „Az ételek, amelyek a hazai tűzhelyeken készülnek, az Egyesült Államokban felkerülhetnének a kihalással fenyegetett fajok listájára” – ujjong a Food Technology című szaklap, az élelmiszertechnikusok központi lapja. A leggyakrabban fogyasztott élelmiszer a pizza, amelyet a Food Technology szerint az amerikaiak kétszer olyan gyakran élveznek, mint a szexet.

„Folyton pizza és csak néha szex – ez természetes ízlés dolga.” – véli Hans-Ulrich Grimm.

Az élelmiszeripar fantáziája azonban nem ér véget az élelmiszerboltok polcainál. Az egyik legnagyobb íz- és illatgyártó cégről a következők derülnek ki:

„Illatrészlege például olyan szagokat kínál, amelyek a boltokban a vevőket vásárlásra ösztönzik. Az irodákban és a termelésben a vállalatok szintén javítani tudják a munkamórált megfelelő illatosítással. A

Ha visszapillantok életemre, nem bántam meg tetteimet. Én, kérem nemcsak szülésznőgyógyásznak születtem, a női kismencedencén túl is van világ és engem ebben a világban minden érdekelt. Ezért nem vittem semmire, de azt gondolom, hogy azért érdekes volt az életem és tartalmas. Kitüntetést sohasem kaptam, csak az Élettől, azt, hogy ezt megértem! Valami hatásos „abgang” kellene, olyan, amivel egy színész kimegy a színpadról, mert ugye amint azt „író társam”, Shakespeare már mondta, (mondhattam volna én is): „*Színház az egész világ, és benne színész minden férfi és nő.*”



Istenem, köszönöm ezt a 75 élet és 50 szakmai évet, és csak annyit mondok, hogy nem jól van ez a világ általad megteremtve. Orvostanhallgatóként néztem a holttesteket és arra gondoltam, minek születünk, ha meg kell halnunk? Azután itt van ez a Föld-bolygó. Azt mondja a csillagászat, hogy néhány milliárd év telt el annak kialakulása óta és újabb néhány milliárd év múlva a nap magába olvasztja a Földet. Hol lesz már akkor például a Látletet? Bölcse dolog volt ez Tőled, a Világot így megteremtteni?

Dr. Veress Sándor
aranydiplomás orvos

légkondicionálókban használt, tudatosan nem érzékelhető, enyhén manipulatív adalékokból az IFF kiadványt állított össze, amely a különböző illatoknak a pszichére gyakorolt hatásáról tájékoztat. Bosszúság és harag ellen – amely sok cégnél nem ismeretlen – például a citromfű, irigység ellen – amely az irodák teljes emeletein képes fékezni a termékenységet – a rózsailat csodákra képes. A depresszió és melankólián egy lehetetnyi bazsalikom segít, a bánaton majoránna. Bizalmatlanság ellen, amelyben a fogyasztó manapság gyakran szenved, egy kis levendulát kelt a boltba fűjni, miközben a kamilla – az ismertető szerint – hipnotizálóan hat. Az apátiára pedig, amely a fogyasztói lázat és a munkaéhséget is fékezi, borókát tanácsol az IFF.”

Az ízek, illatok, ételek szép új világa megért egy könyvet, amelyből, a létünkhöz, életfenntartásunkhoz legszükségesebből, az élelmiszereinkről nyerhetünk egy teljesen új képet.

fordította
Benda Judit

Ápolói látlelet az ápolásról

Az egészségügyi ellátószervezetek elavult és gazdaságtalan struktúrában működnek. Nem került megoldásra a munkaerő szerkezet átalakítása, nincs humán erőforrás gazdálkodás! Nem érvényesül az ápolásban az ápolók kötelessége, azaz az egészség elősegítése, a betegség megelőzése, az egészség helyreállítása, a szenvedés enyhítése.

Az ápolás és az ápolók a legmeghatározóbb tényezők az egészségügyi ellátás biztosításában, ezért az ápolásfejlesztésnek egyenrangúnak kell lenni a diagnosztikával és a medicinával.

Az ápolás hiánya okozza a nozokomiális fertőzések nagy részét, ezek az ápolási eszközök hiányában és az elavult ápolási struktúrában keresendők.

Az ápoló nem az orvos beosztottja! Az ápoló az orvos rendeléseit a beteg érdekében a rendelkezésre állóeszközökkel végzi el! ***Az ápoló elsődleges kötelessége azokkal szemben áll fenn, akik ápolást-gondozást igényelnek.*** (ICN Ápolók Etikai Kódexe) (1.)

Válságban van az ápolás, az ápolói hivatásnak nincs presztízse! Túlterheltek az ápolók, hiányolják az anyagi és erkölcsi megbecsülést, nem kielégítők a munkakörülmények, nem elismert az ápolás önállósága. Alacsony színvonalú a közösségi (körzeti)ápolás, az otthoni szakápolás továbbfejlesztése elmaradt. A gyakorlatból hiányoznak az ápolói szintek, nem érvényesül a magas szintű ápolói tudás. Az ápolók gyakorlati képzése nem kielégítő (25 éve nem sikerült eredményesen működő oktató kórházakat kialakítani).

Az ápolói hivatást vonzóvá kell tenni! Az ápoló, **ÁPOLÓ**, s nem egyéb egészségügyi szakképesítéssel rendelkező dolgozó (Eü.tv.3.§ d) (2.) Az ápolók és a szülész-nőközpontok az egészségügyi dolgozók legnépesebb csoportját. Nélkülük nem működhetnének az egészségügyi ellátórendszerek. Az ápolók a jövő egészségügyi ellátórendszerében sokkal változatosabb formában kell, hogy működjenek mint ma. Rugalmasságra lesz szükség olyan helyzetben, amikor a változás tempója minden eddig tapasztaltat meghalad. A WHO jelentése aláhúzza azt, hogy nem csupán előre kell látni a változást, hanem előre tervezni is kell, hogy az ápolói hivatás továbbra is hatékonyan tölthesse be kulcs szerepét az egészségügyi ellátás nyújtásában. (3.) Az ápolók körében nincs hagyománya a változtatás irányításának és ellenőrzésének. Mégis e szakmai csoportnak nagy lehetősége van, mert minden egészségügyi környezetben megtalálhatók, változatos képzettségi és szociális háttérrel rendelkeznek, a szakmai és magánéletükben a lakosság minden rétegével kapcsolatban állnak.

- **Az ápolóknak komplex szerepük van az egészségügyi ellátásban.**
- **Vajon gyakoroljuk ezt a komplexitást?**
- **Érzékeli-e a lakosság a gondoskodásunkat?**
- **Hol a helyünk a társadalomban?**
- **Mi a szerepünk az egészségügyi ellátó rendszerben?**
- **Vállaljuk-e az ápolói szerepet?**

Problémáink:

- a gazdasági nyomás
- a kompetencia hiánya
- az ápolási eszközök hiánya
- a törvények, rendeletek, szabályok be nem tartása

„Nincsen annál nehezebb, kevesebb sikerrel kecsegtető és veszélyesebb mint a dolgok rendjét megváltoztatni.

A reformereknek mindazok ellen-ségei, akiknek a régeből hasznuk volt és csupán langyos támogatókat talál azokban, akiknek hasznos lesz az új rend.

Ez a langyosság részben az ellenfelektől való félelemből ered, akiket a törvény is támogat, részben az ember hitetlenségéből, aki nem hisz igazán az újban, amíg azt ténylegesen meg nem tapasztalta.” (Machiavelli XVI. század) (4.)



A változás egyenlő a kihívással! A változáshoz idő kell! De mennyi idő? A változtatáshoz jól kidolgozott stratégia szükséges. Nem elég csak az ápolás elméletet fejleszteni, ha azt az ápolási gyakorlat nem követi. Az elavult szemléletű ápolási gyakorlat megváltoztatásához az Egészségügyi kormányzat Ápolásért felelős személyének és a Magyar Ápolási Egyesületnek irányelveket, prioritásokat kell meghatározniuk, hozzá felelősöket és határidőket, amelyek azután az Egészségügyi Közlönyben is közzé kell kerülnie.

Hazánkban az ápolásügy mérföldekkel van lemaradva az Európai Ápolásügyi Konferencián hozott határozat végrehajtásában.(5.) **Miről is volt szó 1995-ben Stockholmban?**

A nővérek és szülész-nőközpontok fejlődésének minden országban elsőrendű fontossággal kell bírnia.

Melyek e fejlődés szükségletei?

A vezetés: az Egészségügyi Minisztériumban az ápolók és szülész-nőközpontok maguk közül választott erős vezető megfelelő személyzettel, költségvetéssel.

Az Ápolás Nemzeti Cselekvési Terve, az 1992-es World Health Assembly (Egészségügyi Világközgyűlés) ajánlásai alapján saját cselekvési tervet kell készíteni, s ezt a tervet az Egészségügyi Minisztériumnak jóvá kell hagynia és aktívan támogatnia. **Az ápolóképzésnek** alapvetőnek és folyamatosnak kell lennie, az egészség és az elsődleges egészségügyi ellátás felé kell irányulnia.

Az alapelvek szerint az ápolók kulcsfontosságú szerepei a következők:

- Elősegítő, megelőző, gyógyító, rehabilitációs vagy támogató egészségügyi ellátás nyújtása az egyéneknek, családoknak vagy csoportoknak.
- A páciensek, a gyógyult emberek, illetve egészségügyi szakemberek tanítása.

- Az egészségügyi csapatban hatékony és egyenlő tagként való részvétel.
 - Az ápolói gyakorlat javítása kritikus gondolkodás és kutatás útján.
- Az EU-hoz való csatlakozás a költségcsökkentő, de minőségi egészségügyi ellátáshoz szükséges bizonyos változtatási stratégiákkal kell rendelkezni.
- Az ápolók személyes ismeretei és készségei kulcsfontosságúak. Sajnos

Az ápolás gyakorlatának megváltoztatása fontos vezetési folyamat, melyhez magasan képzett ápolókra van szükség.

Az EVSZ megállapítása szerint: „Az ápolók jó helyen vannak ahhoz, hogy a változás ügynökei legyenek az egészségügyi ellátórendszerben és a társadalom egészében.”

Az ápolást csak a résztvevők elhivatottsága teheti hivatássá ezért is szükséges az elavult, rossz szokásokon alapuló, drága egészségügyi ellátási folyamat megváltoztatása, amelyben az ápolás és az ápoló szerepe meghatározó fontosságú. Az egészségügyi menedzsmentnek, nem elég csak a műszerpark korszerűsítése, a hatékony ápoláshoz szükséges eszközpark biztosítása, az ápolási eszközök alkalmazására meg kell tanítani az ápolókat, hogy az eszközök valóban eredményesen legyenek használva.

Az ápolás fejlesztésével, az ápolásra való nagyobb odafigyeléssel eredményesebb és jobb minőségű lenne az egészségügyi szolgáltatás. Egy példa a gyakorlatból: idős (75-89 év) egyén kerül felvételre, belgyógyászati osztályra, anamnesisben hipertónia, diabetes (nem inzulin) beutaló alapján.

A betegnél nem a hipertónia hanem inkább a kiszáradás, enyhe zavartság és mozgáskorlátozottság a meghatározó okok, de ez nem szerepel a beutalón. Mindenféle vizsgálatot elvégzünk, az orvos elrendel mindenféle „jó” patikaszert, amit az ápoló be is ad, ha van osztály gyógyszerkészletében. Ha nincs akkor más helyettesítőkkal pótolják – persze idős egyénnél nagyon oda kell figyelni a gyógyszer-kölcsönhatásokra és a lebontási időre. Az infúzió is bekötésre kerül, s ezzel kész is vagyunk. Az ágy, amelyre a beteget fektetem a fal mellett van, nehezíti a betegmozgatást, s már régen selejtezésre van ítélve. Nincsenek fel-

fekvést megelőző eszközök, nincs megfelelő minőségű textilá és inkontinencia termék, nincsenek bőrpoló szerek, nincs dietetikus, gyógytornász, s jó esetben 20 betegre egy ápoló jut, aki elsősorban az orvosnak asszisztál. A betegnél 24 óra alatt kialakul a dekubitusz, ismételtgetjük a különböző vizsgálatokat, adjuk a különböző gyógyszerket, s a dekubitusz meg csak növekszik, a beteg egyre zavartabb, s rosszabb állapotba kerül mint amikor behozták. (Ez nem túlzás!)

Máig érvényes a Brit Királyi Orvos Kollégium elnökének, Sir Robert Hutchinson (1871-1960) megállapítása:

„A mindénáron való beavatkozástól, Az újdonság iránti túlzott lelkesedéstől és a régi dolgok iránti megvetéstől, A tudástól, melyben nincs művészet, A ragyogó elmétől, melyben nincs józan ész, A tévhittől, mely a beteget köresetnek tekinti, A kezeléstől, mely kínosabb mint a betegség, Ments meg Uram minket!”

Cseri Lászlóné
egészségügyi menedzser,
egészségügyi szakoktató
Bethesda Otthonápolási Szolgálat

Forrás irodalom:

1. Benjamin-Curtis, Etika az ápolásban; Budapest, 1991.
2. 1997. CLIV. Törvény az egészségügyről
3. Ápolás a jövő évezredben: Nővér 1994. 7. sz.
4. Az Ápolás Akcióban Tervezet (EVSZ) Medinfo, 1996.
5. Az Új Független Államok állami főnöveireinek 3. WHO találkozója, Stockholm, 1995. június 17-21.
6. Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry: Az ápolás elmélete és gyakorlati alapjai; Medicina, 1999.

Egészségfejlesztés kis lépésekkel

2001. november 22-25 között zajlott Budapesten az Edukáció 2001 elnevezésű kiállítás és szakmai program, az Oktatási Minisztérium szervezésében. E rendezvényen a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar és Egészségügyi Főiskolai Kar hallgatóiként vettünk részt, mint kiállítók. Feladatunk az volt, hogy megfelelő naprakész információkkal lássuk el az érdeklődőket – a többi felsőoktatási intézmény képviselőihez hasonlóan – a felsőoktatási felvételi követelményekről, a választandó szakma és hivatás körülményeiről és az egyetemi oktatási rendszer jellegzetességeiről. Az érdeklődők többségében diákok és pedagógusok voltak.

A kiállítás ideje alatt vérnyomásmérési lehetőséget hirdettünk meg, amelyre nagy volt az érdeklődés. Úgy éreztük, ezzel mind a szakma hírnevéhez mind pedig a lakosság egészségtudatának fejlesztéséhez hozzájárulhatunk. A négy nap alatt összesen 194 személy vérnyomását regisztráltuk. A kapott adatok statisztikai elemzésétől eltekintenek, lévén hogy a méréseken résztvevők életkori megoszlása – a rendezvény specialitásából adódóan – nem tükrözi a lakosság egészét, így messze-menő következtetések a lakosság egészségi állapotára vonatkozóan e tekintetben nem vonhatóak le. Egyetlen példát kívánok kiemelni számszerűen, egy 17 éves fiút, akinél 150/80 Hgmm-es vérnyomást mértünk. Kérdésünkre elmondta,

hogy már korábban is találtak nála ilyen eltérést, és gyakran fordulnak elő kisebb rosszullétei is. Beszélgetésünk során ígéretet tett arra, hogy orvoshoz fordul a jelenség kivizsgálása céljából. Mondhatnánk, már ezért megérte. Tudjuk, hogy ez a ritkább eset és hogy a magas vérnyomás – mint népbetegség – gyakrabban nem a fiatal korú lakosság körében fordul elő. Az viszont, hogy nagyszámú fiatal-korú és fiatal felnőtt (szám szerint a 194 főből 152, 25 év alatti személy) vett részt a méréseken arra enged következtetni, hogy a felnővekvő generáció az egészséget valóban értékkel kezdi látni, és az ilyen jellegű kezdeményezések segítik őket e szemlélet kialakításában és fenn-tartásában.

Ez a kezdeményezés nem egyedi, gyakran találkozom magam is hasonlóval (e rendezvényen sem mi voltunk az egyetlenek), most pedig magam is láthattam és tapasztalhattam, hogy milyen egyszerű érzés tenni valamit a lakosság egészségének védelmében. Rövid írástomat kedvescínáló-nak szántam azok számára, akik szeretnének tenni, de nehezen tudnak elindulni. Úgy gondolom, nem kíván hosszas kutatómunkát és statisztikai bizonyítást szubjektív véleményem, hogy kis lépésekkel kell elindulni, és el kell indulni, mert szerintem megéri.

Bánki Cecília
Egyetemi Okleveles Ápoló hallgató

Népegészségügyi Iskola Debrecenben

Magyarországon ma még kissé újszerűnek hangzó fogalom a népegészségügy – a társadalom különböző szektorainak összehangolt tevékenysége a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében –, ám Európában már több mint száz éves múltra tekint vissza. Az első ilyen intézményt 102 évvel ezelőtt hozták létre Londonban. Azóta már az is bebizonyosodott, hogy egy populáció egészségi állapota mindig javítható. Különösen igaz ez hazánk esetében, ahol több betegcsoportot – daganatos, szív- és érrendszeri, mozgásszervi megbetegedéseket, dohányzást, alkohelizmust – figyelembe véve, európai, egyes esetekben világviszonylatban is, évek óta tartóan kedvezőtlen képet mutat a lakosság egészségi állapota. Ez ösztönözte 1996-ban a magyar kormányt arra, hogy világbanki hitel segítségével az egészségügy átszervezését elősegítő programot indítson. Ennek részeként létesült Népegészségügyi Iskola a Debreceni Orvostudományi Egyetem szervezeti struktúráján belül, amely az Európai Népegészségügyi Iskolák Szövetségének (ASPHER) tagjaként Magyarországon elsőként, akkreditált posztgraduális népegészségügyi képzésre jogosult. A hat tanévnyi működés eredményességét minősíti, hogy 2001. szeptemberétől az ASPHER (Association of Schools of Public Health in the European Region), az Európában ma már több mint 60 tagot számláló szövetség elnökének az iskola igazgatóját, Ádány Róza professzor-asszonyt választották meg, aki érdeklődésünkre igen nagy szeretettel mutatta be az általa vezetett intézményt.



A Népegészségügyi Iskola működését többek között az Egészségügyi Minisztérium, az országos és megyei ÁNTSZ-ek, az Oktatási Minisztérium, az MTA Prevenációs Bizottsága és az OEP által delegált, valamint külföldi szakértőkből álló Tanácsadói Testület segíti. Az iskola 27 oktatója közül tizenketten külföldön szereztek diplomát, minden bizonnyal ez is hozzájárul ahhoz, hogy az itt folyó oktatás nemzetközileg elismerten világszínvonalú. A képzés moduláris nappali tagozatos formában történik. A tantárgyak négy csoportba sorolhatók. Az eltérő irányú előképzettségéből fakadó egyenlőtlenségek csökkentését az ismereteket kiegészítő tárgyak segítségével érik el. Majd az alapozó, a szakirányú, illetve a specializációt elősegítő tárgyak teszik teljessé a képzést. Jelenleg a következő szakok választhatók:

Népegészségügyi szak

Célja olyan szakemberek képzése, akik képesek hatékonyan részt venni a hazai súlyos népegészségügyi problémák megoldásában. Dr.

Kósa Zsigmond, az iskola levelező Ph.D. hallgatója (ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézete – megyei tisztí főorvos) szavaival élve a szak azoknak ajánlott, akik: „*a népegészségügy bármely területén dolgozva széles látókörrel, megalapozott tárgyi ismeretekkel, tudományosan elfogadott módszerekkel elemezni, célokat megfogalmazva javítani akarják a népesség egészségi állapotát és az elért eredmények mérésével bizonyítani akarják a hatásságát.*” (Szakvezető: Dr. Ádány Róza egyetemi tanár.)

Környezet – egészségügyi szak

Jelenleg ez az egyetlen képzési forma Magyarországon, amely mind elméleti, mind gyakorlati vonatkozásban kellő szintű posztgraduális felkészítést nyújt az egészségkárosító környezeti tényezők feltárását, hatásuk csökkentését szolgáló tevékenység, együttműködés kidolgozásához. Dr. Dobi Bálint orvos, környezet-egészségügyi szakember (Környezetvédelmi Minisztérium – főosztályvezető helyettes) így vall erről: „*... naponta alkalmazom a Népegészségügyi Iskolán tanultakat. Az elsajátított ismeretanyag és a kialakult személyes kapcsolatok teszik lehetővé számomra a környezetvédelem és a környezet-egészségügy legkülönbözőbb területein dolgozókkal való hatékony együttműködést.*” (Szakvezető: Dr. Bárdos Helga egyetemi tanársegéd.)

Minőségbiztosítási és – fejlesztési szak

Miután az egészségügyi törvény előírja minden egészségügyi intézmény számára minőségügyi rendszer létrehozását és működtetését, elengedhetetlen az egészségügyi minőségbiztosítás, ellenőrzés és fejlesztés kérdéseiben jártas szakemberek képzése erre a feladatra. Dr. Tihanyi Mariann orvos, minőségügyi szakos hallgató (Zala Megyei Kórház – adjunktus, minőségbiztosítási igazgató) a következőket mondta: „*A két éves képzés során elsajátított ismeretek egyrészt elméleti, tudományos alapot biztosítottak, másrészt széles körben összefoglalták a minőségügyi rendszerek működésére, fejlesztésére, egészségügyi szolgáltatásaink értékelésére vonatkozó legújabb tényeket, eredményeket, ezáltal nagy segítséget nyújtanak számomra az egészségügyi ellátás minden napjaiban alkalmazott minőségbiztosítási, minőségfejlesztési munkámhoz.*” (Szakvezető: Dr. Gódeny Sándor egyetemi docens.)

Egészségfejlesztés szak

A szak elvégzésével a hallgatók olyan átfogó tudásra tesznek szert az egészségfejlesztés elméletéről és gyakorlatáról, amely hosszú távon a prevenció előtérbe helyezésével az életminőség javítását, az életkilátások kedvezőbb tendenciáját célozzák meg. Dr. Benkéné Kiss Valéria tanár, egészségügyi menedzser (ÁNTSZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete – egészségnevelő) 14 éve dolgozik egészségnevelőként. Úgy érezte, „mindent tud” a szakterületéről. „*Megismerkedve az egészségfejlesztés elméleti, tudományos alapjaival, beleértve az epidemiológiát, magatartástudományt és más tárgyakat, azt érzem, szükségem van szemléletváltoztatásra. Ajánlom az iskolát mindazoknak, akik hozzám hasonlóan naponta keresik a szakmai továbbfejlődés lehetőségeit. Kérdéseikre választ és a változtatáshoz szükséges tudományos alapokat ők is itt szerezhetik meg.*” (Szakvezető: Dr. Kósa Karolina egyetemi adjunktus.)

Epidemiológia szak

A tudományág egyre nagyobb jelentőséggel bír az egészségmonitorozás és az egészségügyi szolgáltatások minőségét, költség-hatékonyságát vizsgáló kutatások területén is. A betegségek okai, következményei, megelőzési

és kezelési lehetőségek kutatásához biztosít módszertani útmutatást. Molnárné Tóth Magdolna védőnő, egészségügyi menedzser,



epidemiológia szakos hallgató (ÁNTSZ Hajdúböszörmény Városi Intézete – városi vezető védőnő): „*Az anya- és gyermekvédelem szakfelügyeletének ellátása során éreztem, hogy az egészségi állapot elemzéséhez, az azt meghatározó tényezők hatásának, súlyának és kölcsönhatásának meghatározásához a tudásom még hiányos. ...Az epidemiológia szak moduljainak elvégzése során a hiányzó elméleti és gyakorlati tudást sikerült elsajátítanom és a munkahelyemen alkalmaznom.*” (Szakvezető: Dr. Vokó Zoltán egyetemi adjunktus.)

Felmérés eredménye: négy szakma – négyféle vélemény

A stroke előfordulásának gyakoriságára nincsenek megbízható hazai adatok, csupán azt tudjuk biztosan, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések sorában az infarktus után a második leggyakoribb halálokként szerepel. A szélütésbe azonban nem mindenki hal bele, sokan meg is gyógyulnak utána. A működési zavarok (bénulás, beszédképtelenség, nyelési zavar) lehetnek tartósak, de az esetek egy részében szerencsére csak átmenetiek. Éppen ezért kell az előjelekről minél többet beszélni, hogy a stroke, ami egy órákon vagy akár napokon át tartó folyamat, időben megállítható legyen, mert ezzel a súlyos károsodások elkerülhetők. Ha egy középkorú vagy idősebb embernél néhány percig tartó, hirtelen beszédzavar, tudatzavart okozó szédülés, mozgásakadályozottság, nyelési probléma vagy kettőslátás jelentkezik, haladéktalanul orvosi segítséget kell kérni. A kardiológusok balatonfüredi kongresszusának egyik szimpóziumán a stroke (köznapi nevén szélütés) előfordulásának hazai gyakoriságáról, terápiájának és rehabilitációjának költségvonzatairól, valamint egy (szak- és háziorvosok körében végzett) felmérés eredményeiről hangzottak el előadások.

Dr. Arnold Csaba professzort, a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének vezetőjét ez utóbbról kérdeztük:

„A felmérés során arról tájékozódunk, milyen ismereteik vannak az orvosoknak a stroke-kal kapcsolatban, illetve, hogy mi történik a betegekkel, ha bekövetkezik a baj. Kardiológusok, belgyógyászok, neurológusok és családorvosok voltak a vizsgálat alanyai. Az úgynevezett stroke központokba beküldött betegekkel ma már erre szakosodott neurológusok foglalkoznak, de a belgyógyászok is kapcsolatban állnak velük a különböző társbetegségek révén. A kardiológus úgy kerül a képbe, hogy a stroke az esetek jelentős részében valamely szívbetegség (többnyire szívritmuszavar) szövődményeként alakul ki. Az akut esetekkel viszont szinte kivétel nélkül a háziorvos találkozik először, a beteget ő utalja szakintézménybe, onnan hozzá kerül vissza, tehát a rehabilitáció, majd az

*** A Népegészségügyi Iskola rezidensi elméleti törzsképzés keretén belül megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzésre is fogadja a jelentkezőket. A Magyar Akkreditációs Bizottság 1999. nyarán akkreditálta a Népegészségügyi Iskola keretei között szervezett doktori (Ph.D.) képzést. A program „A” típusú akkreditációt nyert, vagyis rendelkezik a képzésbe való felvétel, a képzés, a vizsgáztatás és a tudományos fokozat odaítélésének jogával. Nappali (ösztöndíja) és levelező (munka melletti) Ph.D. képzésre egyaránt lehet jelentkezni.**

A 2001/2002-es tanévtől nemzetközi másoddiploma, az European Master in Public Health megszerzésére is lehetőség nyílik. Ez olyan szakirányú másoddiplomát jelent majd, amely az európai népegészségügyi gyakorlat elemző áttekintését nyújtja és egységes érvénnyel bír valamennyi European Training Network (ETN) tag számára.

Ezen kívül akkreditálás alatt áll egy, az érettségi után megkezdhető alapképzés beindítása. Ez a különböző egészségügyi intézmények, valamint az önkormányzatok számára biztosít majd népegészségügyi szakembereket, mely megalapozza a megfelelő, alapos szakirányú képzettség alkalmazási követelményként való megjelenítését, amely néhány napos, hetes gyorstalpaló tanfolyamokkal nem érhető el.

Pigniczki Ágnes
Debrecen

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.

újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-szerkesztő: **dr. Kollár László**, ápolási témafelelős: **Petrikné Jakab Zsuzsa**
Munkatársak: **Thaly Borbála** terjesztési vezető, **Kollár Bence** lap- és marketing igazgató és valamennyi nevével hitelesített szerző.

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Pf.: 56. Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 (26) 500-638, -39, 06 (20) 978-5662,
A lap előfizetési díja: 2340 Ft./év. Darabonkénti ára: 294 Ft. A Látletlet egymásutániságát a lapon található sorszámozás tükrözi.
e-mail: latletlet@elender.hu ISSN 0865-7424



» **OBSERVER** «
MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT.

A lapot Magyarország legnagyobb médiafigyelője, a MAHIR OBSERVER MÉDIAFIGYELŐ KFT. rendszeresen szemlézi.



Nyomdai előkészítés:
PopArt Grafikai Stúdió
1011 Bp., Szilágyi D. tér 7.

Látletlet

Egészségügyi kommunikációs szaklap
az Egészségügyi Dolgozó jogutódja

„Naponta egyszer álljon meg a kés a kenyér és a hús felett a kezekben...”

A szocialista Magyarországon hivatalosan nem létezett szociális probléma, az állam mindenkinek biztosított munkát, és előírta a kötelező lakhatást is, így legalábbis papíron, nem voltak hajléktalanok A politikai-gazdasági átalakulást követően, a 80-as évek végén, 90-es évek elején felszámolták a veszteségesen működő szocialista nagyipart, csődbe jutott a szociális lakásépítő program, s tízezrek kerültek utcára a szó szoros értelmében. (Míg a 80-as évek végén közel 80 ezer munkásszállási férőhely volt, addig mára kevesebb, mint 6 ezer férőhely van. A munkanélkülivé váltak javarésze praktikusán hajléktalannak volt tekinthető). A probléma az újonnan alakult demokratikus kormány számára megoldhatatlannak tűnt, ezért a civil szervezetek, egyházak bevonásával próbálta a helyzetet kezelni, átadva e szervezeteknek a feladatot.



Így kapcsolódott be egyesületünk is, amely a 80-as évek végén alapított civil szervezet, s fő célkitűzése a szociálisan hátrányos helyzetűek és menekültek támogatása volt, 1991-92-ben a hajléktalan-ellátásba, s mára a hajléktalanságból eredő valamennyi problémát kezelni képes, komplex ellátó szervezetté váltunk.

Egészségügyi centrumunkban harminc ágyas kórházat, bőrgyógyászatot, fogászatot, háziorvosi rendelőt működtetünk, s 24 órán belül a magatehetetlenség határán levő hajléktalanok védett helyre, kórházba szállítására.

Igen találó az a mondás, hogy nem minden beteg hajléktalan, de minden hajléktalan beteg. Megfigyeléseink szerint nemcsak, hogy betegek, hanem nagy többségük egyszerre több betegségben is szenved. A vizsgált időszak 928 esetét tekintve kiderül, hogy a betegek több mint 50 százaléka (480 fő) súlyos alkoholbeteg. Mindössze maximum 5 fő volt a pácienseink körében, aki vagy teljességgel absztinens vagy hihetően alkoholt elvétele fogyasztó volt. A súlyos alkohol betegeknél jelentősen emelkedett *enzim értékek, májnagyobbodás, illetve laesio, predelirium, delirium, neuropátia, pellagra és az egyéb alkoholra jellemző tünetek* figyelhetők meg. Igen nagy (173 eset) a különböző *bőrbetegségek* száma, kiváltó okként a *hiányos személyi higiénés szokások* valamint a *hiányos táplálkozás* és a *krónikus alkoholfogyasztás* miatti felszívódási zavart tekintjük. Traumás sérülés miatt 169 főt kezeltünk, talán nem újdonság, hogy a kiváltó ok szinte valamennyi esetben az alkohol volt. A *kardio-*

„Akikért a harang szól...”

vaszkuláris betegségben szenvedők szintén nagy számban fordultak meg kórházunkban (163) fő. Ezek között fiatal szívbillentyű műtétre váró, *coronaria-bypass* műtéten átesett, *perifériás érelzáródást* követően *ércserére* váró, illetve műtét utáni betegek voltak. Igen sok a *perifériás keringési betegségben* szenvedő, a felsoroltaknál minden esetben kiváltó okként szerepelt a *dohányzás*. Minden bizonyítástalannal sokat rontott az állapotukon, illetve a betegség kialakulását okozhatta a *viszontagságos életmód* (igen sokan kényszerültek még a leghidegebb téli időben is gyakorlatilag a nap 24 órájában az utcán tartózkodni). A légúti megbetegedés miatt kezelték száma 115 volt, itt szintén a háttérben a legvalószínűbb okként az erős dohányzást tartjuk. A leggyakoribb alapelbetegség az *emphysema és a krónikus bronchitis* volt.

Mivel kórházunkban csak férfi beteget kezelünk, ezért azt mondhatjuk, hogy a szülésznőgyógyászati betegségek kivételével minden betegséggel találkoztunk pácienseink körében. A teljesség igénye nélkül kiemelünk, hogy bár speciális belgyógyászati osztály van Budapesten, ahol a kihűlt betegeket kezelik, ennek ellenére 7 *hypothermiás* beteget is kezeltünk. Végül, de nem utolsó sorban az egyik legnagyobb probléma a *tbc-s betegek sorsa*. 642 főből 73-ról (11,4 százalék) derült ki, hogy fertőző tbc-s megbetegedésben szenved. Bár a kórházakból azonnal fel kell venni a tüdőosztályra az ilyen beteget, kórházunkban – ebben az időszakban – 1519 nap volt a tbc-s betegek kezelési ideje. Nehéz az állandóan vándorló hajléktalanok szűrése és a kiszűrt betegek nyomon követése.

Köztudott, hogy az egész világon mindenhol emelkedőben van a tbc-s megbetegedések



száma és nemcsak a hajléktalanok érintettek. A rossz szociális környezet, a hiányos táplálkozás, a krónikus alkoholfogyasztás miatt a hajléktalanok azonban sokkal inkább veszélyeztetett kört alkotnak. Érthetetlen módon

ennek ellenére tüdőosztályos elhelyezésük tapasztalataink szerint, igen nagy nehézségekbe ütközik (bizonyítja ezt a fenti statisztikai adat is). Ha mégis kórházba kerül a hajléktalan, *igyekeznek az első adandó alkalommal onnan őt eltávolítani* (házirend megsértése, stb.) illetve kezelési ideje rövidebb mint „a normál” polgáré. *A már nem fertőzőnek nyilvánított hajléktalan a kórházból távozva szem előtt vész, rendszeres táplálkozása nincs biztosítva, gyógyszeresedését nem kontrollálják, és nagy többségük a teljes gyógyulásig nem jut el. Nem csoda, ha így egyre terápiaresztensebb esetekkel találkozunk.* A statisztikában szereplő *pszichiátriai betegek* száma igen alacsony, ami messze nem mutatja a valós helyzetet. Ez a 13 eset csak azokat jelenti, akik ápolási idejük alatt akut pszichotikus epizódot szenvedtek el. A beteganyag teljes pszichiátriai szempontból történő feldolgozása nálunk azért nem történt meg, mert az *FSZKI Orvosi Krízisszolgálat*a kiváló pszichi-



áterekkel van megerősítve és az ilyen eseteket, lévén igen jó az együttműködésünk, hozzájuk irányítjuk. Személyes megfigyeléseink alapján azonban azt gondoljuk, hogy a hajléktalanok 70-80 százaléka valamilyen pszichiátriai betegség tüneteit mutatja (különböző személyiségzavarok, neurózisok, addiktológiai problémák, stb.).

Az életkor szerinti megoszlás a következő: a többség (40 százalék) a 40-50-es korosztály, ők javarészt a munkahelyi leépítésekkel váltak hajléktalanná, illetve válás miatt kerültek az utcára. Szintén magas az 50-60 év közöttiek aránya (27 százalék) és sajnálatosan az utóbbi időben megszorodott a 60 (13 százalék) feletti korosztály is. Kisebb részben lakásukat felelőtlenül elherdáló, nagyobb részük a családnak teherre vált, vagy lakását nyugdíjából fenntartani nem tudó személy. Ugyanígy megjelent a legfiatalabb felnőtt korosztály is és számuk növekszik, ezek javarészt családi háttér nélküli, illetve pszichiátriai betegek.

A különböző *bőrgyógyászati megbetegedések* szinte valamennyiükön láthatóak.

Kiváltó okok:

1. Egyoldalú, illetve hiányos táplálkozás.
2. Krónikus alkoholfogyasztás következtében kialakult emésztőszervi betegség miatti felszívódási zavar (pellagra).
3. Higiénés deficit-vektorok (rüh, tetvesség).
4. Rossz perifériás keringés (éghejtési tényezők, dohányzás hatása).
5. Mechanikai behatások (égés, fagyás).



Az a tapasztalatunk, hogy a krónikus, „kezelésre nem reagáló” esetek is gyógyíthatóak, amennyiben:

- az orvos az előbb felsorolt valamennyi tényezőt figyelembe veszi a kezelésnél,
 - ha körülmények lehetővé teszik a sebkezeléssel meggyőződik a kórokozó fajtájáról,
 - antibiogram készítésével kiválasztja az adott kórokozóra ható gyógyszert,
 - a kezeléseket kitarthatóan, rendszeresen végzi.
- (Sajnos, gyakran találkozunk ennek ellenkezőjével, a találmány kiválasztott gyógyszer az adott baktériumtörzsre hatástalan. A Magyar Köztársaság Alkotmánya valamennyi Magyarországi területén élő embernek biztosítja az egészséghez, szociális biztonsághoz való jogát:

70/D.§(1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

70/E.§(1) A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz: öregség, betegség, rokkantság, özvegyiség, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak.

Ezzel szemben mára egyre inkább azt tapasztaljuk, hogy az állam szeretné magát távolartani a szociális problémáktól. Az állami hivatalok, önkormányzatok, a konkrét megoldások helyett igyekeznek illetékességüket más hivatalra áthárítani, a szociális kiadásokat a lehető legalacsonyabb szintre lefaragni. Támogatást azok kapnak, akik életrevalóságukat bebizonyították, az önálló életvitelre képtelenek pedig magukra maradnak. A piaci szemlélet begyűrűzik az egészségügybe is, s farkastörvényei szerint a gyengék elhullására ítéltettek.

Leghamarabb azok, akik jogukat érvényesíteni képtelenek!

Dr.Iványi Tibor
Oltalom Kórház, Budapest

Az Oltalom Karitatív Egyesület kiemelten közhasznú társaság, így az adományok a törvényben előírtak szerint írhatók le az adóból.

BANKSZÁMLASZÁM: BB Rt: 10103805-11414336-00000009 ADÓSZÁM: 19010409-1-42

A fiú nézte a magas templom tornyát és ellépett oldalra, érzékelt, akarta a meredeken felfelé futó íveket, éleket. Ugyanazokat az érzéseket kereste, kutatta, amelyek egy éve érintették meg stájer templom tövében. Akkor meleg nyár volt, a köveken jókedvű gyerekek szaladgáltak, közöttük az ő lányai. Felhőtlennek hitték a nyarat, az életet, csak úgy mint ő. Az ember, amíg szülőket tud maga mögött, még mindig gyermek egy kicsit, még mindig úgy lépked, mintha gyermek maradhatna örökre. Aztán bekövetkezik egy-egy tragédia és egy pillanat alatt rá kell ébrednie, hogy felnőtté vált. Felnőtté és árvává. Ezek a gondolatok jártak eszébe, amikor a templom tövében a nyári érzéseit kutatta. Mindhiába. Akkor a felröppenő galambok megpihentek a párkányokon, most híre-hamva sem volt madaraknak. Emlékezett a köveken futó kislányra, aki karját felfelé emelve próbálta maga felé csalogatni őket, de a madarak nem szálltak vissza. Volt a fák alatt valami örök illat, valami örök játék hangulata.

A templom, amelyre most oly várakozóan nézett, nem hozta vissza hangulatát. Nem is hozhatta. Apjára gondolt, aki hirtelen elment. Kitérőhöz nem volt az utolsó találkozás, a mozdulatok, a kivételes meglepettség, a belenyugvás, ami eddig

Hétköznapi feltámadás

elképzelhetetlen volt róla. Az idő nagy úr. Amint teltek-múltak halála óta a hónapok, egyre tisztábban látta lépéseit, amelyeket az élet nem könnyű útvonalain megtett. A távlatból rálátott a hibákra, s kiválasztotta az erényeket, amik talán az életében elfedődtek, valamiféle takarásban voltak. Most alkalmas volt az idő, hogy gondolatban végigkísérje őt azokon az utakon, amelyeket megtett. Nem az indulat, nem az érzelmek határozták meg gondolatait, hanem a tisztázás kényszerűsége. Eszébe jutott Kiss Dénes édesapjáról írt könyve, a „*K. Ferenc, a léglakatos*”. Sok-sok azonosságot fedezett fel a tisztánlátás érdekében a két feltárást között. Talán csak ilyen mélységgel, ilyen őrzítő őszinteséggel szabad értékelni az embernek az apját. Vívészecskő, önmegbecsülés, éleboncolás. Ez a mélység, ez a magasság alkalmas arra, hogy hibájával, erényével világosodjék meg valakinek az igazi arca. Csak így lehet megérinteni azt, akit kemény kritikával illetünk, csak ilyen póré őszinteséggel lehet beszélni arról, akit nagyon szeretünk.

Amint a néma falakat kémlelte, eszébe jutott a kishalál, amelyet hó borított a hosszú tél alatt. Nagyon hamar elfedte, és sokáig takarta. Talán a tél is tisztító szerepet játszott. Talán a fehér hó is valahogy próbálta leüleptíteni az élet és halál dolgát. A sírhalmokra gondolva eszébe jutott, hogy vajon milyen a mi feltámadásunk? Olyan-e, mint amit a templom falai között halunk vagy valami más? Lehetséges-e feltámadás ember által? Van-e arra lehetőség, hogy a magunk belső tisztítótüzeiben megforgatva valakit, alkalmassá váljék a teljes megtisztulásra? Van-e emberi feltámadás? Van-e ama régi, és oly színlelőssé vált feltámadás mellett napi, pici feltámadás életünkben? Ahogy a templom falait nézte, elmosódtak az egykori kérdéses vallomások tagadó hangsúlyai, s eszébe jutott apjának utolsó arca, ahogy unokáit csokorba gyűjtve, egybefogta őket. Egy pillanatra úgy tűnt neki, hogy az emberi szeretet megvallásának parányi kristályai által millió apró feltámadás készíthető elő. Megnyugodva lépett el az épület tövétől. Megbizonyosodott, hogy létezhet apró megváltás. Embernek ember általi megbocsátása, itt, a földön is.

Dr. Nagy Imre
Vác