



HUNGA COORD
SAJTÓIRODA



A Láttelelet Egészségügyi Kommunikációs Szaklap elektronikus változata olvasható:

www.euagazat.hu portál → Könyvtár → eBook → Hunga-Coord Kiadó

vagy

www.euagazat.hu portál → Fontos linkek → Vendég info (eBook) → Hunga-Coord Kiadó

oldalon

XLIX. évfolyam

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP

2005. 11. szám

A gyógyszer-kommunikáció etikai követelményei

Elengedhetetlenül fontos, hogy az orvos szakma és a gyógyszeripar közötti együttműködés olyan általános alapelveken nyu-godjék, mely biztosítja a legmagasabb etikai normák érvénye-sülését, tiszteletben tartja a társadalom elvárásait, ugyanakkor biztosítja mindkét fél számára a független tevékenységet.

A gyógyszergyártók kötelezettségei:

1.) A promóciós információknak és dokumentációknak pon-tosnak, kiegyensúlyozottnak, tisztességesnek kell lenniük. Valamennyi információnak összhangban kell lennie az al-kalmazási előirattban ismertetett termékutajdonságokkal, és azok csak a jóváhagyott javallatokkal lehetnek kapcsola-tosak. Magyarországon forgalombahozatali engedéllyel nem rendelkező gyógyszer nem promocionálható.

2.) A promóció alátámasztására szolgáló információkat, beleértve a saját adatbázis megfelelő részleteit, az egész-ségügyben dolgozó, vagy az egészségügyi hatóság részé-re, kérésére, késedelem nélkül – de legkésőbb 10 munka-napon belül – rendelkezésre kell bocsátani.

3.) A gyógyszerpromócióval foglalkozó munkatársaknak a szakmai követelményeken túl a hatályos jogszabályokat és az Etikai Kódex rendelkezéseit is ismerniük kell, és be kell tartaniuk.

4.) Orvosoknak, gyógyszerészeknek, egészségügyi dolgo-zóknak semmilyen ajándék, anyagi vagy egyéb előny nem adható, kínálható vagy ígérhető valamely termék felírásával, ellátásával, alkalmazásával kapcsolatban. Fentiek értelmé-ben számukra kizárólag csekély értékű és a szakma gya-korlásához, a betegellátáshoz kapcsolódó ajándék adható. A csekély érték meghatározására vonatkozóan a hatályos jogszabályok az irányadók.

folytatás a 8. oldalon ►

A menopauza húgyúti vonatkozásai

A nyugati világban a nők a természetes menopauzát 45-55 éves korukban élik át, átlagban 51 éves korban. Bekövetkezhet azonban már akár 30 éves korban is, de kitolódhat akár a 60. évre is. A menopauza függő vál-tozások a korosodó petefészkek egyre kevesebb ösztrogén és tüszőhormon termelése miatt azonban már koráb-ban is megjelenhetnek. A gyakori panaszok közé tar-tozó rendetlen vérzészavarok és a hőhullámok mellett hangsúlyosan jelentkeznek a bizonyos menopauza füg-gő urogenitális változások is, mint pl. hüvelyszárazság és vizeletinkontinencia. Az urogenitális rendszer nem kapja már meg az egészségéhez szükséges tüszőhormon ellátást, elindul az urogenitális rendszer öregedése: az „atrófia”. A korai menopauza – történjen az természetes vagy mesterséges úton – növeli a rizikófaktorát az urogenitális atrófiáának. Azon nőknél is nagyobb a kockázat, akiknél a vérzés más okok miatt marad el korán, így a fokozott fizikai terhelés, vagy túlzott fo-gyókúra miatt. (Minden urogenitális változás alapos differenciáldiagnosztikát igényel.) Ismertes tehát, hogy a menopauza hormonhatásai befolyásolhatják a női húgycső állapotát is. Elvékonyodik a fala, a körülvevő izmok és támasztó szövetek meggyengülhetnek. Emiatt gyakoribb vizeleti inger, u.n. „parancsoló” vizeleti késztetés, akár nem telt hólyagnál is jelentkezhet, továbbá u.n. nocturia azaz éjszaka többször fel kell kelni vizezni, valamint fájdalmas vizelés léphet fel. Egy másik gyakori állapot ebben a korban a nőknél az akaratlan vizelet-vesztés köhögés, tüsszentés, nevetés, lépcsőzés hatására.. Amikor a vizeletvesztés olyan fokú lesz, hogy higiéniés és/vagy általános közérzeti, vagy szociális, beilleszkedé-si problémák is jelentkeznek azaz inkontinenssé válik a páciens, ez szaksegítséget igényel. Bár a 45-64 éves nők legalább 40%-a valamilyen mértékben inkontinens, kevesebb, mint felük kér segítséget. Még mindig sok a tudatlanság és kevés a kommunikáció ezen a téren.

Vizeletinkontinenciák kezelési lehetőségei:

■ Antibiotikum vizeletfertőzések ellen; ■ Kegél gyakor-latok, azaz gáti izomtorna, ami az urogenitális izom-zat tónusát javítja. Ezek az izmok gondoskodnak a vizeletsugár nagyságáról továbbá javítják a szexuális funkciót is; ■ ösztrogénpótló kezelés. Tanulmányok azt igazolják, hogy az ösztrogénpótló tabletták, tapaszok és hüvelyi készítmények a sorvadtt urogenitális szöve-teket és az úgynevezett stressz inkontinenciát 40-70%-ban képesek javítani; ■ küzdelem a parancsoló inger okozta gyakori vizelés ellen – gyógyszerek, amelyek megszüntetik az abnormális hólyag-összehúzódasokat fokozott hólyagizom működés esetén; ■ a vizezés izmai-nak, a gát izomzatnak elektrostimulációja; ■ anató-miai eltérések műtéti megoldása – plasztikai műtétek; ■ különféle eszközök behelyezése a hüvelybe.

a téma folytatása a 6. oldalon ►

Egészségpolitika

Ha nem megy a csapatnak, leváltják a kapitányt

Egy év alatt csaknem 40 kórházigazgató, minden negyedik intézmény vezetője távozott posztjáról. A szakma aggodalommal figyeli a jelenséget, amely egyes álláspontok szerint menedzsmenti válsághoz is vezethet. Az érdekképviseltek nem titkolják, hogy álláspontjuk szerint egyes esetekben politikai okok vezetnek a menesztéshez, bár a finanszírozás okozta gazdasági nehézségekbe is belefáradnak a direktorok. A megoldás az ágazatban hosszú távon is kiszámítható körülmények megteremtés lehetne.

Eger, Tataháza, Szeged, Budapest, Mezőtúr, Szentes, Siklós, Szolnok. Csupán néhány város neve, ahol az elmúlt évben távozott valamelyik kórház igazga-tója - vagy menesztették. A 160 magyarországi intéz-mény közül 40 élén történt vezetőváltás, ami 25%-os fluktuációt jelent. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az állami fenntartás alatt álló országos intézmények, egyetemek esetében nem jellemző a vezetőváltás, ott nagyobb a béke és a nyugalom, ellentétben az önkormányzati tulajdonú kórházakkal – mondta el lapunknak az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egye-sületének elnöke. Ari Lajos szerint ennek oka, hogy a hierarchia csúcán álló intézmény vezetői posztja nem politikai státus, a helyhatóságok esetében azonban a kórházigazgatóság esetenként politikai zsákmány-szerző terület. A váltást a szakmai érvek helyett sok-szor a tulajdonosi tehetetlenség szűli, ez pedig nem elfogadható – fogalmazott. Az elnök úgy vélte, hogy a tendencia elbizonytalaníthatja a feltörekvő fiatalokat, ami a jövőben akár káros is lehet, mert az intézmények élére időnként nem a megfelelő szakemberek kerülnek

majd, ez pedig tovább gyűrűzhet a menedzsment al-sóbb szintjeire is. Az egészségügy ma képtelen a szó jó értelmében vett káderképzésre – vélte Ari Lajos, aki azt is reméli, hogy a struktúra, és a finanszírozás rend-betételével a helyzet belátható időn belül tisztázódhat. Mint mondta: hosszú távon is kiszámítható körülmé-nyeket kell teremteni az ágazatban, és meg kell adni az intézményvezetőknek a tévedés lehetőségét is.

A jelenség kedvezőtlennek tűnik a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség el-nöke szerint is. Varga Imre a Figyelőnetnek elmondta, a szakma értetlenül áll a sok vezetőváltás előtt. Az intézményvezetési gyakorlati szakma, amit tanulni kell, a jelenlegi trend azonban oda vezethet, hogy az igazán rátermettek nem vállalják a munka kockázatát, így egy felkészületlenebb második vonal jelenhet meg a felső vezetésben. Magyarán: nem az lesz egész-ség-ügyi intézményvezető, aki alkalmas rá – vélte.

Varga kitért arra, hogy az eltávoztott igazgatók sorsa sokszor bizonytalan, csak 2-3 éves jogi procedúra után tudják „rehabilitálni” magukat, az eltelt időben elszenvetve az anyagi, erkölcsi és lelki következmé-nyeket. Bár nem feltételez tudatos rossz szándékot, az elnök úgy véli, az önkormányzatoknak felelősségtelje-sebben kellene meghozni egyes döntéseket. A tulajdo-nosok felelőssége, hogy a szakmai érveket alárendelik-e a politikai esetleg egyéb céloknak vagy sem – fogal-mazott. Az elnök szerint csak a szakmai érdekeknek kellene dominálniuk, a következmények ugyanis sze-rinte tragikusak lehetnek. A menedzsment fluktuáci-ójának sok oka van, ezek a tényezők gyakran össze is függenek egymással – vélekedett a kérdéséről a Magyar

Kórházszövetség elnöke. Golub Iván szerint azt nem lehet tagadni, hogy a tulajdonosi jogokat gyakorlók politikai döntése is szerepet játszhat, de természetes okok – az egymás iránti bizalomvesztés, a fásultság és nyugdíjazás – is eredményezheti a váltást. Az elnök meggyőződése, a sok vezetőváltás mögött elsősorban az áll, hogy a direktorok sokszor nem tudják elfogad-tatni a tulajdonossal, hogy az intézmény gazdasági sikertelensége elsősorban a finanszírozási gondokból ered. Az egyik tulajdonosi elgondolás szerint, „ha nem megy a csapatnak, leváltják a kapitányt” – fogalmazott Golub Iván. A kórházszövetség is amellett foglalt állást, hogy a döntéseket kizárólag szakmai alapon kellene meghozni. A szervezet elnöke ugyanakkor nem tartja aggasztónak a helyzetet, mert szerinte Magyarorszá-gon - ellentétben az 5-10 évvel ezelőtti helyzettel – ele-gendő és jól felkészült potenciális menedzserigazgató van, akiket sikerrel lehet alkalmazni. Ő is elismeri azonban annak a logikának a helyességét, hogy a nagy fluktuáció eredményeképpen elbizonytalanodhatnak azok, akik direktori ambíciókat dédelgetnek. Felhívta a figyelmet arra is, hogy fluktuáció mindig lesz, sze-rinte ennek mértéke 10-15%-a alá hosszú távon sem csökken majd.

A sok vezetőváltásnak nem tulajdonít ekkora politi-kai szerepet a Kisvárosi Önkormányzatok Szövetsé-gének elnöke. Magyar Levente lapunknak elmondta: egyetért azzal, hogy a jelenlegi finanszírozásban ne-hezen lehet gazdaságosan működtetni egy intézményt, ám ebből szerinte nem az következik, hogy a tulajdo-nosok politikai céllal menesztik a vezetőt.

folytatás a 11. oldalon ►

Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Az orvosok vényírási jogosultságáról

A hatályos jogszabályi rendelkezésben foglaltak értelmében a 2005. július 1-je előtt kötött, úgyne-vezett „régí vényírási szerződés”-ek 2005. október 31-ig érvényesek. E dátummal megszűntek a finan-szírozott egészségügyi szolgáltató orvosával kötött szerződések.

A jogszabály értelmében 2005. november 1-jével az adott egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerző-désének melléklete tartalmazza azon orvosok ada-tait, akik jogosultak a szolgáltatónál gyógyszer (gyó-gyászati segédeszköz, gyógyászati szolgáltatást azaz gyógyfürdőt) ártámogatással rendelni. Így ezen orvo-sok esetében nincs szükség külön vényírási szerződés megkötésére, az ártámogatással rendelhető készítmé-nyek továbbra is az eddigi érvényben lévő szabályok szerint írhatóak fel az adott egészségügyi szolgáltatóval megkötött finanszírozási szerződés alapján.

Ki minősül egészségügyi szolgáltatónak?

Minden egészségügyi szolgáltatás nyújtására – az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján – jogosult jogi személy, jogi személyiség nél-küli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja (a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül).

Ki minősül közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónak?

Azon egészségügyi szolgáltatók, amelyek finanszí-rozási szerződésben állnak az egészségbiztosítóval. Példa: fekvőbeteg gyógyintézmény – kórház, járóbe-tegszakellátás – rendelőintézet, alapellátást nyújtó szolgáltató – háziorvosi praxis.

A kiemelt ártámogatással, illetőleg közgyógyellá-tásra rendelhető gyógyszerek, gyógyászati segédesz-közök, gyógyászati szolgáltatások vényírási jogosult-ságának korlátozása kizárólag azon orvosok körét, illetve azon jogviszonyában végzett tevékenységét érinti, akik gyógyító tevékenységüket nem finan-szírozott egészségügyi szolgáltatónál végzik, ille-tőleg „pro familia” rendelkezésre jogosultak. Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltatónál gyógyító tevékenységet végző orvosnak magánpraxisa van, il-lehetőleg pro familia rendelkezésre jogosult csak ebben az esetben és jogviszonyban szükséges új vényírási szer-ződést kötnie az illetékes MFP-pel. Esetükben szüksé-ges az új vényírási szerződés megkötése azzal, hogy 2005. november 1-jét követően vényírási jogosultsá-guk kizárólag általános jogcímen történő gyógyszer,

gyógyászati segédeszköz és gyógyászati szolgáltatás felírására korlátozódik.

Gyógyászati szolgáltatást (gyógyfürdő) nem fi-nanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa általá-nos jogcímen is csak abban az esetben rendelhet, ha a szolgáltató komplex kezelés nyújtására finanszírozási szerződésben áll az egészségbiztosítóval vagy annak feltételeivel rendelkezik.

A gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyár-tóval, forgalmazóval, nagykereskedővel gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló, vagy azokban jelentős tulajdoni hányaddal rendelkező orvossal gyó-gyászati segédeszköz támogatással történő rendelésé-re nem köthető szerződés, gyógyszer esetében pedig kizárólag „statim”, „cito”, vagy „periculum in mora” jelzés feltüntetésével történő rendelésre jogosító szer-ződés köthető. Az új szerződés létrejöttéig az orvos vényírási jogosultsága a hatályos jogszabályi megkö-tések betartása mellett változatlan.

Kronológia

- **Jogszabály megjelenés:** 2005. június 25. Magyar Köz-löny 86. szám.
- **Jogszabály hatálya:** 2005. július 1.
- Tájékoztatás a jogszabályváltozással kapcsolatban: Június végétől folyamatosan az írott és elektronikus mé-dia és internetes portálokon.
- **Közlemény kiadása:** OEP és EüM honlapja 2005 au-gusztus, OEP honlap 2005 november eleje.
- Hivatalos értesítést küldött az OEP valamennyi szer-ződéses egészségügyi szolgáltató számára, melyben felhívta a figyelmet az orvosok utalványozási jogosult-ságával összefüggő adatszolgáltatási kötelezettségre. Az adatszolgáltatás első időpontja 2005. augusztus 31. volt, ezt követően a szolgáltatók csak a változásokról adnak tájékoztatást.
- Az adatszolgáltatási kötelezettség teljesítéséhez szükséges program és adatlap augusztus második fe-létől elérhető az OEP honlapján. (E kötelezettségnek a szolgáltatók közel teljes köre a megadott határidőig eleget tett!)

Bár az új vényírási szerződések megkötése közel harmincezer orvos számára szükséges, ez a semmi-lyen fennakadást nem okoz a betegellátásban, mivel a korlátozás kizárólag a magánpraxist és a „pro fa-mília” rendelőt érinti. Az új vényírási szerződések megkötése folyamatosan zajlik az illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénzáraknál.

Budapest, 2005. november 9.

Igazságügyi szakértés, igazságügyi orvos szakértés

Az igazságügyi szakértés jogi szabályozása

Az orvosi műhibapereket méltán tartja mind a közvélemény, mind a jogi szakirodalom orvosszakértői pereknek. Az ügy sorsa korábban szinte kizárólagosan az ügyben eljáró szakértők véleményén múlt. Az 1890. XI. tc. 2.§-ának 6. pontja értelmében az orvosok által elkövetett és a bíróságok eljárását igénylő műhibák felett a véleményadás az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak különös feladatát képezte. Ez a szakértői eljárás azonban csakúgy, mint más perrendi bizonyítás a bíróság szabad mérlegelési körébe tartozván, csak szükség esetén volt alkalmazható, és annak indokolt mellőzését nem tekintették szabálysértőnek (1).

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának elődje, az 1890. évi XI. tc. alapján működő Igazságügyi Orvosi Tanács 1896-ban a bűnvádi perrendtartásban már mint az ilyen ügyekben kötelezően kirendelt orvosszakértői intézmény szerepelt. Az ETT (Egészségügyi Tudományos Tanács) napjainkig fontos szerepet játszott az orvosi műhibás esetek eldöntésében, hiszen ezekben a perekben orvosszakértői kérdésekben felülvéleményező szerepet kapott.

A 2006. január 01-én hatályba lépő új szakértői törvény értelmében azonban a szakvélemények felülvizsgálatát ellátó testületeknek, vagyis az orvos szakértés területén az ETT 18-nek (Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága) a jelenlegi szervezeti rendszerben történő működése 2006. január 1-jétől megszűnik. Ennek oka, hogy a testületek eljárása nagymértékben sérti a közvetlenség és szóbeliség követelményét, hiszen a testület nem idézhető. A felülvizsgáló testületek helyett a törvény ún. Igazságügyi szakértői testületek létrehozását teszi lehetővé, akik szakértőként történő kirendelésük esetén eseti bizottság keretei között járnak el.

A társadalmi, technikai változások folytán minden eddigénél jobban felértékelődött a szakértők szerepe az igazságszolgáltatásban. Egyre több az olyan büntető- vagy polgári eljárás, amelyben szakértőt kell igénybe venni, mivel a bíróság az ügy eldöntése szempontjából releváns tényeket kellő szakértelem hiányában nem tudja értékelni.

Ezen cél elérése érdekében született meg az igazságügyi szakértői tevékenységről szóló 2005. évi XLVII. törvény, valamint az igazságügyi szakértő nem peres eljárásban történő kirendeléséről és ezzel összefüggésben a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) módosításáról szóló 2005. évi XLVIII. törvény. Mindkét törvény 2006. január 01-én lép hatályba. Kivételt képez a törvénynek azon része, mely az igazságügyi szakértői intézményekre vonatkozik, mert ezek a rendelkezések csak 2008. január 1-jén lépnek hatályba. A hatálybalépés napjáig az igazságügyi szakértői intézmények esetén a szakértői díjat az állam javára kell felszámítani, és az az államot illeti meg. Továbbá a törvény által megállapított a Be. 103. §-a (1) bekezdésének b) pontja 2007. január 1-jén lép hatályba. E szerint szakértőként nem járhat el, aki az ügyben mint bíró, ügyész vagy nyomozó hatóság tagja járt vagy jár el, ezek hozzátartozója, valamint az ügyben eljáró bírósággal, ügyészséggel, nyomozó hatósággal alkalmazott vagy szolgálati viszonyban lévő személy és ezek hozzátartozója. A szakértői tevékenység pártatlanságának mind teljesebb körű biztosítását szolgálja ez a rendelkezés, amely módosítja a szakértőként történő közreműködés során a kizárás szabályait.

Az új szakértői törvény központi eleme egy olyan jogi konstrukció kidolgozása volt, amely egymás mellett (de a funkciókat egyértelműen elhatárolva) teszi lehetővé az állam által működtetett szakértést, és a privát gazdasági szférában végzett igazságügyi szakértői tevékenységet. A törvény szerint, az állam közvetlen ellátási-szolgáltatási kötelezettsége első sorban azokra az eljárásokra terjed ki, amelyekben hivatalból való bizonyítás lefolytatását jogszabály kötelezővé vagy lehetővé teszi. Ez a kör a hatályos törvényi előírások szerint első sorban a büntető ügyeket, valamint a személyállapoti pereket foglalja magában. Vannak továbbá olyan nem peres eljárások, ahol garanciális szempontból szintén szükséges az intézeti szolgáltatás fenntartása, és amely eljárásokat az igazságügyminiszter rendelete határozza meg. Ezeknek az ügyeknek kiemelkedő jelentőségét az adja, hogy a bírósághoz fordulás jogának érvényesülése, illetve maga az eljárás lefolytatása és kimenetele más, az Alkotmányban biztosított jogok érvényesülésével is szorosan összefügg. Abban a körben, ahol az államot közvetlen szolgáltatási kötelezettség nem terheli, az állam feladata az igazságügyi szakértői tevékenység végzésének jogi (szabályozási) és intézményi feltételeinek biztosítása.

A jogalkotó az új szabályozással arra utalt, hogy az igazságügyi szakértésnek, és így az igazságügyi orvos szakértésnek nagy szerepe van a hatékonyan működő igazságszolgáltatás feltételeinek biztosításában, mely követelmény teljesítése európai integrációs szempontból is kiemelkedő jelentőséggel bír.

A polgári perekben elrendelt bizonyítási eljárás során igazságügyi szakértő az lehet, akit a bíróság – meghatározott feltételek fennállása esetén – a szakvélemény elkészítésére kirendel. A peres felek ugyan nincsenek elzárva annak lehetőségétől, hogy akár a per megindítása előtt, akár a per során szakértőt keressenek meg, az így, nem bírósági kirendelés alapján készített szakvélemény esetében azonban a bíróság szabadon mérlegelheti azt, hogy a szakvéleményt bi-

Az igazságügyi szakértői tevékenység szabályozása, így az orvos szakértésé is több, különböző szintű jogszabályban történik, melyek közé tartoznak többek között az eljárási törvények: a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (a továbbiakban: Be.) és a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.). A szakértők személyére, feladatára, a tevékenység végzésének feltételeire, a szakértői intézményekre, a szakértői vélemény felülvizsgálatára, továbbá az igazságügyi szakértői működés felügyeletére vonatkozó alapvető rendelkezéseket az igazságügyi szakértőkről szóló 53/1993. (IV. 2.) Korm. rendelet tartalmazza, míg a részletsabályokat az igazságügyi szakértőkről szóló 2/1988. (V. 19.) IM rendelet rendezi. Az igazságügyminiszter által alapított szakértői intézmények alkalmazottainak státuszára az igazságügyi alkalmazottak szolgálati jogviszonyáról szóló 1997. évi LXVIII. törvény rendelkezései irányadóak. Az igazságügyi reform keretében szükségessé vált az igazságügyi szakértői tevékenység újraszabályozása. Ennek keretében, olyan általános törvényi szabályozás vált indokolttá, amely rendezi mind az igazságügyi szakértők státuszát, mind a szakértői működés alapvető feltételrendszerét. Figyelemmel azonban arra, hogy az igazságügyi szakértői tevékenység különböző szakterületein teljesen egységes szabályozás – a szakterületek sokszínűsége miatt – nem alakítható ki, a részletes szabályokat továbbra is az igazságügyminiszter – egyes esetekben a szakterület ágazati irányításáért felelős miniszter bevonásával – rendeletben határozza meg.

zonyítékként figyelembe veszi-e. A felek által felkért szakértő véleménye az eljárásban – ha szakértőként nem kerül kirendelésre – így is csak mint tanúvallomás vagy a fél álláspontja vehető figyelembe.

Az igazságügyi szakértő nem peres eljárásban történő kirendeléséről és a Pp. módosításáról szóló törvény az eddigi szabályozást bővíti ki egy új, koncepcionálisan más eljárással. Ez a sajátos nem peres eljárás lehetővé teszi, hogy a kérelmező egy adott szakkérdésre szakértő kirendelését kérje a bíróságtól. Ennek megfelelően az igény felmerülesekor, valamely szakkérdés megítélése érdekében mód nyílik arra, hogy bárki (természetes személy vagy szervezet) kérje a bíróságtól igazságügyi szakértő kirendelését. A kérelemnek, illetve a kirendelésnek tehát – az előzetes, illetve perbeli bizonyítástól eltérően – nem kellene jogvitához kötődnie, illetve nem feltételezi a perindítást, de természetesen nem is zárna ki azt.

Az orvos szakértői vélemények szerepe

Több írás és előadás is foglalkozott már azzal a kérdéssel, hogy miképp lehetséges az, hogy a kártérítési per eldöntése szempontjából meghatározó kérdés, a felróhatóság vélelmezésének tekintetében a beszerzett szakértői vélemények között (ideértve a kirendelt szakértő véleményét, az általában rendelkezésre álló magánfelkérésre készült szakértői véleményt, ill. véleményeket, azok kiegészítéseit, adott esetben az ETT 18 felülvéleményét is) gyakran antagonisztikus az ellentét. (2) Egy ilyen per jogerős közbenső ítéletének szóbeli indoklásakor – miután már az első fokon eljáró bíróság előtt az ország adott témában legnagyobb szaktekintélyei konfrontálódtak egymással – Legfelsőbb Bíróság kifejtette: az orvos szakma gyakorlatilag teljességgel magára hagyta az e tekintetben laikus bíróságot.

Az orvosi műhibás eljárásokban a legtöbb probléma abból adódik, hogy az orvos szakértő szokásos műtéti kockázatnak, illetőleg szövődménynek jelöl meg egy adott perben bekövetkezett egészségügyi károsodást, akkor ez automatikusan jogi minősítést is eredményez. Holott másként kell értékelni az orvos szakértőnek és másként a bírónak az orvosi beavatkozások következtében kialakuló szövődményeket, a kockázatot, a műtéti szerencsétlenséget. A jogi minősítés, amely az adott helyzetben az elvárhatóságot vizsgálja, elvileg lehet szigorúbb és enyhébb is az orvos szakmai minősítésnél. Az orvos szakértői vélemények gyakran beszélnek meghatározott százalékos valószínűséggel bekövetkező kockázatról. Ilyenkor azonban nem világos, hogy vajon más országokban, vagy hazánkban, illetve milyen időszakban, milyen intézményben és milyen felkészültségű orvosok által végzett beavatkozás után előállott károsodást vettek figyelembe. Már maguk a fogalmak is váltakozva, egymást átfedve szerepelnek:

„A gyógyító eljárás kockázatának minősíthető minden olyan káros következmény, amely a tudomány mindenkori állása szerint a beavatkozásnak nem szükségeszerű velejárója, éppen ezért nem számítható ki, eleve nem kerülhető el.” (3)

Egy budapesti klinikán végzett pajzsmirigyműtéttel kapcsolatban annak ellenére, hogy a hangszalagbénulást az orvos szakértő szokásos műtéti szövődménynek minősítette, a bíróság mégis marasztaló ítéletet hozott, mert álláspontja szerint:

„...nem azért felel az alperes, hogy a szövődmény bekövetkezett, hiszen elfogadható az, hogy nincs megfelelő gyógyító eljárás, hanem azért, mert nem állapítható meg, hogy a szövődmény bekövetkeztének elhárítása közben a legnagyobb gondossággal járt volna el. (...) Még ha nincs is olyan gyógyászati eljárás, amely megoldja a kialakult hangszalagbénulást, akkor is a szövődményt ismerni, rögzíteni és a beteggel közölni kell.” (4)

A jog tehát a szakértői szempontoktól eltérő módon értékeli az orvosi beavatkozásokat, kevésbé törődik azzal, hogy egyébként sikeres műtéti megoldásról van-e szó, ha az adott esetben ez valamilyen okból nem kívánt eredményre vezetett. Az orvoslás ezzel szemben természetesen tudományos-statisztikai elemzésekkel értékelt egy adott beavatkozást. A jog csak arra az esetre kíváncsi, amelyet éppen vizsgálat alá von, és ebben az értékelésben jóval túlmege az orvosi szakirodalom somma s megállapításán, mely szerint az adott szövődmény szokásosnak tekinthető.

Az ügyben eljáró bíróság tehát az eset kapcsán felvetődő összes tényt, tanúvallomást, orvosi iratot, köztudomású tényt stb. együttesen értékeli. A Fővárosi Bíróság a 41. Pf 20396/1987/9. sz. ítéletében egy kiskorú egészségkárosodása miatt indult eljárásban

a terheesség fel nem ismerését köztudomású tények alapján értékelt:

„Az I.r. felperes terheességét még a laikus számára is kifejezetten erre utaló panaszok ellenére – hányinger, hányás, rosszullét, hízás – az alperesi intézmény orvosi a kórházi kivizsgálás alatt nem ismerték fel.”

Sajnos szép számmal lehet találni példát arra, hogy a bíróság nem tudott felülkerekedni még nyilvánvalóan a hibás szakértői érvelésen sem.

Egy halállal végződő orvosi kezeléssel kapcsolatban a bíróság (5) a műtét kockázati körébe tartozónak minősítette a súlyos szeptikus szövődményt azzal, hogy ez a gondos orvosi ellátással összeegyeztethető, és az ítélet ezen túl nem is foglalkozott az eset egyéb vonatkozásaival, így például a betegtájékoztatással. A perben a meghatározó ETT véleményt így idézte a bíróság:

„Az Egészségügyi Tudományos Tanács által előterjesztett felülvélemény szerint, miután a halált okozó fertőzés a műtéti sebből indult ki és nem az injekciós tályogból eredt, és olyan foglalkozási szabályszegés, mely a seb fertőzéséhez vezetett volna, az orvosi dokumentáció adataiból nem bizonyítható, szakszerű ellátás ellenére sem volt elhárítható a szövődmény, ezért a haláleset a műtéti kockázat körébe vonható.”

A felróhatóság vélelmezésében a már-már antagonizmusnak tekinthető, a bíróság számára gyakran feloldhatatlan szakértői ellentmondások a kockázat és a szövődmény fogalmak eltérő értelmezéséből származnak. A szakértői felfogás szerint, valamely orvosi beavatkozás kockázatát – különös tekintettel az operatív szakmákban – úgy lehet meghatározni, hogy az magában foglalja mindazon nem kívánatos,

a beavatkozás, a műtét céljával ellentétes lehetséges következményeket, amelyek közül kétségtelenül a legsúlyosabb a beteg halála. Más szóval fogalmazva a kockázat a lehetséges szövődmények halmaza. Hazánkban jelenleg elterjedt egyik szakértői álláspont szerint valamely beavatkozással kapcsolatban az irodalmi adatok között feltüntetett szövődményeket ab ovo a műtét reális kockázataként kell értékelni. Ha tehát pl. egy műtétnek az ebbe a körbe sorolható szövődménye bekövetkezik, akkor azt, mint szokványos szövődményt, a reális kockázat részeként értékeli, felróhatóságot nem állapít meg. Ez a szakértői szemlélet közelít manapság a legjobban a kórházak jogi és szakmai álláspontjához. Az ezzel ellentétes álláspont szerint meg kell különböztetni az elhárítható és az elháríthatatlan szövődmény fogalmát. Az általános szabályok szerint minden esetben az adott körülményeket és feltételeket kell vizsgálni, amelyek együttes fennállása mellett az adott szövődmény bekövetkezett. Amennyiben igazolható, hogy a szövődmény az orvos által tanúsított elvárható gondosság és körültekintés ellenére lépett fel, felróhatóságot nem lehet vélelmezni, a szövődményt elháríthatatlan szövődményként kell értékelni. (Már ez is alapvetően ellentétes a beteg álláspontjával, aki az orvos gyógyító munkáját szinte kivétel nélkül az „eredményesség” alapján ítéli meg, bármilyen nem kívánatos következményt kizárólag az orvos hibájának tekint.) Ha a bekövetkezett szövődmény az adott helyzetben és körülmények között a szakértő megítélése szerint nagyobb valószínűséggel elhárítható lett volna, akkor – függetlenül attól, hogy az szerepel az irodalmi adatok között – felróható orvosi magatartás vélelmezhető. Tehát a felelősség alóli mentesüléshez a műtéti kockázatra történő hivatkozás csak akkor fogadható el, ha bizonyítható, hogy a reális kockázat és következménynek elhárítására, megelőzésére minden elvárható intézkedés megtörtént. (6)

» Dr. Szabados György igazságügyi orvos szakértő «

1. Boda Gyula, Vincenti Gusztáv: Jogíró Hírlap Döntvénytára. JHD 452, 654/4 Budapest, 1939, 6645.0. | 2. Dr. Ughy Tibor, Dr. Venkei Tamás: „Nem vagyunk mi Istenek” című előadása. MIOT XII. Nagygyűlés Pécs, 2000. | 3. Kisvárdai Városi Bíróság 3.P.20 210/1987. Szabolcs-Szatmár Megyei Bíróság 1.Pf.21 213/1988. | 4. Pesti Központi Kerületi Bíróság 14.P.87 416/1987. Fővárosi Bíróság 41.Pf.20 515/1989. | 5. Szekszárdi Városi Bíróság 5.P.20 599/1989. Tolna Megyei Bíróság Pf. 20 409/1991. | 6. Dr. Ughy Tibor, Dr. Venkei Tamás: „Nem vagyunk mi Istenek” című előadása. MIOT XII. Nagygyűlés Pécs, 2000.

HELYREIGAZÍTÁS!

Lapunk októberi számát megszállta a nyomda ördöge és a „Három a magyar igazság és egy a ráadás” népi megfigyelésen alapuló igazsága ezúttal is igaznak bizonyult. Védekezhetnénk azzal is, hogy igazából csak a ráadás minősülhet saját hibánknak, hiszen az **UNIQA Egészségpénztár** nevébe házon belül üttöttük be – nem szándékosan – az U betűt, súlyosbító körülmény viszont, hogy a címtérbe, és ráadásul logoszínüket is átszíneztük. A cíán helyett pirosban láttuk őket, talán nemcsak azért, mert művészeti vezetőnk saját ízlésvilágában ez a szín dominált, hanem mert szeretni akarjuk és piros a szív színe. (2005/10-9-es oldal.)

Hogy a **Magyar Urológusok Társaságának** vezetőségi tagja **prof. dr. Répássy Dénes** egyetemi magántanár, osztályvezető főorvos képe alá miért került ugyanezen szervezet főtítkárának **dr. Tenke Péter PHD** osztályvezető főorvosnak a neve, azt nehéz megmagyarázni és mit sem változtatna a lényegen. Mindössze annyit jegyzünk meg, hogy a Nemzetközi Prosztata Nap sajtóanyaga az ügynökségtől Tenke doktor képe nélkül, de nevével érkezett szerkesztőségünkbe és mint ahogy – a *Látlelet* 10-es számának 3-ik oldalán volt látható – őt névhez négy kép érkezett és lévén 50%-os esély a találatra, ezúttal nem jött be. Most megkaptuk Dr. Tenke Péter főorvos képét is és ezúton kérünk tőlük elnézést. (Meg bizalmat is kérünk: ugyanis „összevisszaságunk” ez idáig nem volt jellemző...)



dr. Tenke Péter PHD
osztályvezető főorvos



prof. dr. Répássy Dénes
egyetemi magántanár, osztályvezető főorvos



Háziorvosi igazolással vihető ki pszihotróp anyagot tartalmazó, illetve fokozottan ellenőrzött gyógyszer külföldi utazás esetén

Arendelet megvalósulásával leegyszerűsödik a tartósan kábítószer ill. pszihotróp anyagot tartalmazó gyógyszeres kezelés alatt álló betegek gyógyszeres ellátása, valamint az orvosi kábítószeres selejtezése és megsemmisítése. Tovább javul a rendszer átláthatósága és egyszerűsödik, csökken a bonyolult adminisztráció. Magyarországon egy lassan 30 éve kialakított, de részleteiben nehezen átlátható és alkalmazható rend szerint történik a kábítószeres egészségügyi szolgáltatónál történő tárolása, selejtezése, onnan történő kiadása. E megbízható rendszer hátránya a bonyolult adminisztráció, amely miatt nehézkessé válik a tartós gyógyszeres kezelés alatt álló betegek ellátása kábítószerket ill. pszihotróp anyagokat tartalmazó gyógyszerekkel. A rendelet célja, hogy biztosítsa a kábítószer ill. pszihotróp anyagokat tartalmazó gyógyszerekhez való hozzáférhetőséget a betegek és családtagjaik számára, ugyanakkor garantálnia kell a visszaélések megakadályozását is.

A háziorvos kötelezettsége lesz a tartósan/hosszú ideig kábítószeres kezelés alatt álló beteg(ek) gyógyszeres ellátása. Ezáltal egyszerűbbé válik a kábítószer ill. pszihotróp tartalmú gyógykészítmények elérhetősége.

Bevezetésre kerül az „ellenőrzött gyógyszerek” elnevezés, mivel a pszichotróp anyagok és prekurzorok (kábítószer előállítására alkalmas anyagok) között van olyan, amelyre a kábítószerekre vonatkozó egyes előírások érvényesek (pl: Ritalin).

A tervezet kiter a gyógyszer-tárolásra, megsemmisítésre is. A felhasználásra alkalmatlanná vált ellenőrzött szert elkülönítve kell tárolnia az adott gyógyszer-tárnak, ez eddig is így volt. Ami új: hogy a selejtezésnél nem kell jelen lenni sem az ÁNTSZ sem az ORFK képviselőjének. A selejteket visszagyűjtését és a későbbi megsemmisítést a forgalmazó, nagykereskedő intézi.

TURISTASZEZON idején kiemelten fontosak a következők:

- A hazánkba érkező turisták, amennyiben az itt tartózkodás időtartama 3-30 napig terjed, szükséges a kiinduló ország hatósági engedélye. Ezt az engedélyt a határátlépéskor meg kell mutatni.
- Ellenőrzött szert tartalmazó injekciós ill. infúziós készítményt a beteg nem hozhat be, és nem vihet ki az országból.
- Szabályozottá válik a szigorúan ellenőrzött kábítószer tartalmú gyógyszerek kivitele az országból saját felhasználásra. Ehhez szükséges az egyedi igazolás beszerzése a háziorvostól. Ez a következőképpen történik: 3 napos külföldi kiutazás esetén a kezeléshez szükséges gyógyszer-adag kiviteléhez elég a háziorvos igazolása, amennyiben a külföldön tartózkodás időtartama 3-30 napig terjed, már az ÁNTSZ engedélye szükséges. Az ÁNTSZ igazolásnak és pecsétnek a formanyomtatvány alsó részén van hely.

Fontos tehát, hogy:

- A betegnek kell kérnie háziorvosától az igazolást
- A háziorvos minden esetben kitölti a formanyomtatványt
- 3 napon túli mennyiségnél még az ÁNTSZ igazolás és pecsét is kell
- A beteg a háziorvosától megkapott igazolást a területileg illetékes ÁNTSZ-hez személyesen viszi el, amennyiben a mennyiségi korlátozás miatt ez szükséges.

EüM rendelet a fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek és gyógyszeralapanyagok orvosi rendelésének, gyógyszer-tárolásának, egészségügyi szolgáltatónál történő felhasználásának és nyilvántartásának és tárolásának rendjéről.

A rendelet intézkedései novemberben lépnek életbe.

Megjelent 2005. október 15-én, a Magyar Közlöny 136. számában.

Egyre több 60 és 70 év fölötti amerikai szertne rész munkaidőben dolgozni. A kutatók szerint ez fizikailag és szellemileg egyaránt karban tartja az embert. Sok magasan képzett és jól fizetett ügyvéd, orvos vagy mérnök esetében már el is kezdődött ez a folyamat, hiszen képzettségüket sokra becsülik.

Emma Shulman szociális munkásként heti ötven órát dolgozik egy New York-i Alzheimer klinikán. Ebben nincs semmi különös, eltekintve attól, hogy Emma 93 éves. A főnöke fél attól a naptól, amikor visszavonul – szerinte az idős hölgy munkabírása felér a fiatalokéval. Az Egyesült Államokban Shulman példája nem számít ritkaságnak. A „baby-boom” generációhoz tartozó 78 millió amerikai most éli aranykorát, méghozzá szó szerint, hiszen az egyre modernebb gyógyszereknek és egészségesebb életmódnak köszönhetően tovább maradnak fittekk és munkaképesek. De hogyan érinti mindez a gazdaságot és az állami nyugdíjrendszert?

A Business Week szerint kedvezően. A lap úgy véli, hogy Amerika következő idősgenerációja sokkal többet adhat a gazdaságnak, mint ahogy azt még ma is sokan jósolják. Egyre több 60 és 70 év fölötti amerikai szeretne rész munkaidőben dolgozni. A kutatók szerint ez fizikailag és szellemileg egyaránt karban tartja az embert. Sok magasan képzett és jól fizetett ügyvéd, orvos vagy mérnök esetében már el is kezdődött ez a folyamat, hiszen kép-

Idősek, bölcsek, aktívak

zetségüket sokra becsülik. Gondoljunk csak a 79 éves Alan Greenspan jegybankelnökre. Az időskorú amerikaiak 9%-kal toldhatják meg a GDP-t 2045-ig. Ez a GDP-növekedés évi több mint hárombillió dollárnak felel meg mai áron. Az idősök munkában maradása magasabb adóbevételhez juttatja a költségvetést. A nyugdíjkorhatár kitolása újdonságnak számít egy olyan gazdag országban, mint az Egyesült Államok. A huszadik század nagy részében csökkent a nyugdíjkorhatár, annak ellenére, hogy nőtt az átlagéletkor. Míg 1950-ben a dolgozó férfiak 46%-a volt 65 éves vagy afölött, 1985-ben már csak 16%-uk került ki ebből a korosztályból, bár a várható élettartam jelentősen nőtt. A csökkenő tendencia a nyolcvanas években fordult meg, és ma már ismét 20%-os az arány. Igaz, ebben szerepet játszott az is, hogy a 2000-es tőzsdei árfolyamzuhanásban sok ember elveszítette az időskorára félretett pénzének egy részét, másrészt sokan nem rendelkeznek nyugdíj-megtakarítással. A baby-boom generációnak azonban nem okoz különösebb gondot, hogy munkát vállaljon. A nemzedék tagjai jobban vigyáztak egészségükre, és egyre kevesebb munkahelyen kell nehéz fizikai munkát végezni, ami szintén hozzájárul az egészség megőrzéséhez. S hála a korszerűbb gyógy-

szereknek, a szellemi leépülés folyamata is feltartóztatható. A korrall járó bölcsséget és tapasztalatot kiaknázhathatják a vállalatok. A United Technologies Corp. már felfedezte az idősebb korosztály alkalmazásának előnyeit, de más cégek is igyekeznek megtartani a megbecsült, korosabb kollégákat – juttatásokkal, átképzési lehetőségekkel és szolgáltatásokkal. Az átlagéletkor kitolódásával az állami nyugdíjrendszer szerepét is át kell gondolni. A Business Week emlékeztet rá: az állami nyugdíjrendszert a második világháború előtt azért hozták létre, hogy a nagyon rászorultaknak és a munkaképtelen idősöknek támaszt adjanak, a többieket viszont arra ösztönözték, hogy minél tovább dolgozzanak. A logikus megoldás a nyugdíjkorhatár 70 évre emelése lenne – jelenleg ez 65 év, de 62 éves kortól nyugállományba lehet vonulni –, s aki úgy gondolja, dolgozhatna még tovább. Ez azt az érzetet keltené az emberekben, hogy szükség van rájuk, s arra sarkallná őket, hogy minél tovább őrizzék meg testi és szellemi fittségüket. A nehéz fizikai munkát végzők és a betegségekkel küszködők számára pedig kiszélesítenék a rokkantsági nyugdíjjogosultság körét. E lépés költségeit messze meghaladnák a nyugdíjkorhatár emeléséből származó megtakarítások.

Nem kell az idős munkavállaló

Bár a személyi vezetők az idős munkaerő képzettségét nagyra becsülik, mégis alig alkalmaznak 45 év feletti embereket Németországban – derül ki a Towers Perrin vezetői tanácsadó cég felméréseiből, amelyet a Handelsblatt kérésére készített. A körkérdésből kiderült, hogy az elmúlt két évben a cégek által felvett új munkatársak mindössze 15%-a volt 55 év feletti. De a 45 év feletti korosztály sincs sokkal jobb helyzetben: a cégek kétharmadánál az új munkatársak 85%-a ugyanis fiatalabb.

Több ponton óriási ellentét feszül a személyi vezetők nyilatkozataiban. A megkérdezettek mintegy 87%-a szerint ugyanis a vevőorientáltság a jelentkezőkkel szembeni egyik legfontosabb elvárás. Ugyanakkor a válaszadók mindössze 37%-a látja úgy, hogy a fiatalok ezen a téren erősek, míg 47% inkább az időseket tartja ebben jobbnak. Az is ellentmondásos, hogy miközben a személyi vezetők általában az idősebb munkaerőt drágának találják, mindössze minden tizedik tartja az új munkatárs fizetését fontos tényezőnek. A mobilitás, a fiatalok egyik legnagyobb előnye ugyancsak keveseknél, a

vezetők 20%-ánál nagyon fontos. Számos vállalatnál igen fiatal gárda dolgozik. A Vodafone D2-nél például 34, az Adidas-Salomonnál 33 év a munkavállalók átlagéletkora. A Dredner Bank „fiatal, dinamikus” értékesítőcsapatának 70%-a 40 évnél fiatalabb, és 36%-uk még nem töltötte be a 30-at sem. A jövőre vonatkozó kilátások sem biztatók: a cégek 50%-a továbbra sem kíván 35 évnél idősebb új munkatársat alkalmazni. Szakértők szerint viszont ez a „fiatalság-rögeszme” nem tartható sokáig Németországban. A vállalatok nem veszik észre az országot fenyegető demográfiai problémákat, azt, hogy már a lakosság majdnem fele 50 év feletti. A riasztó adatok ellenére a személyi vezetők kétharmada továbbra is úgy gondolja, hogy soha nem fog el a jól képzett fiatal munkaerő. Annak ellenére tehát, hogy a személyi vezetők számos olyan tulajdonságot fontosnak tartanak, mint a tapasztalat, a rutin vagy a céghez való hűség, mégis rendkívül kevesen alkalmaznak idős munkavállalókat. Egyes szakértők azonban felhívják a figyelmet, hogy a fiatal munkavállalók gyakran „nagyot szólnak, fényesen csilognak – de nem sokáig”. (OTS Cégvonal)

TENA Flex

– az új generációs inkontinencia nadrágpelenka súlyos inkontinens páciensek részére –

Nemzetközi kutatások eredményeit alapul véve fejlesztette ki az SCA Hygiene Products a **TENA Flex** nadrágpelenkát, melynek legfőbb tulajdonsága, hogy légáteresztő. Ezt a tulajdonságot, melyet jól ismerünk a gyermekpelenkáktól, most az idősök is megszerethetik, hiszen az ő bőrük is ugyanolyan védelmet igényel, mint a gyermeké. A hagyományos nadrágpelenka használata során a páciensek kb. 20%-a szenved bőrpirosodásban, viszketésben, izzadásban a genitális területen. A **TENA Flex külső légáteresztő borításának** köszönhetően a bőr képes lélegezni, ezért a pelenka által fedett bőrrész fokozott izzadása is megelőzhető. A **TENA Flex** használata során a **bőr felszíne száraz marad**, mivel légáteresztő a borítása és más nadrágpelenkákkal összehasonlítva **kevésbé nedvesedik vissza**.

Az aktív páciensek számára is kitűnő választás, hisz a pelenka **külső borítása** – a hagyományos nadrágpelenkáktól eltérően – **nemszőtt textil**ia, mely mozgás közben nem ad susogó hangot, megőrizve ezáltal a teljes diszkréciót.

További előnyös terméktulajdonságok:

A **nadrágpelenka testre való helyes illeszkedése** döntő fontosságú a szivárgás elkerülése érdekében. A **TENA Flex** a derékrész elülső és hátsó részénél gumírozott, ami a minél tökéletesebb illeszkedést szolgálja. Innovatív tulajdonsága, hogy a csípőrésze **övvel rögzítendő**, amely ugyancsak légáteresztő anyagból készült. A **TENA Flex** övrészen található **speciális tépőzár** hatékonyságát nem csökkenti semmilyen krém, testápoló, hintőpor vagy maga az izzadság sem, bármennyiszer visszarögzíthető.

A termék **három nedvszívó kapacitás**ban kapható (**TENA Flex** Plus, Super, Maxi), melyek között nappali és éjszakai nadrágpelenkák egyaránt megtalálhatók. A páciensek mindegyik **TENA Flex**-et OEP támogatással is igénybe tudják venni.

Amennyiben a **TENA Flex** termékünk felkeltette érdeklődését, kérjük, hívja INKO-INFO szolgálatunkat hétköznapokon 9.00-13.00 között az ingyenesen hívható **06-80-20-10-20-as** számon.

TENA FLEX HATÉKONYABB NEDVSZÍVÁSSAL TOVÁBBFEJLESZTETT ÚJ GENERÁCIÓ

A TENA Flex inkontinencia-védőeszköz egy kéttárbos rendszer kényelmét és egy nadrágpelenka védelmét ötvözi. Legkorszerűbb, újgenerációs termékünket most továbbfejlesztettük, hogy még jobban szolgálja a felhasználók és az ápolók igényeit.

Új Szűcsesebb és hosszabb nedvszívó magok
A két nedvszívó magot megdupláztuk és meghosszabbítottuk, így azok most nagyobb felületen szívják fel a nedvséget.

Új Több szuperabszorbens
Az első nedvszívó rétegbe több szuperabszorbens került, így a betét szivárgásbiztosabb lett, miközben viselése diszkrét és a vékonyabb magoknak köszönhetően.

Új Erősebb speciális tépőzár
A tépőzár felülete 50%-kal nagyobb lett, és az apró kampók méretét is megnöveltük, így a rögzítés még erősebb és biztonságosabb.

Csípőre rögzítendő öv
A pulis, légáteresztő-öv megkönnyíti a nadrágpelenka felhelyezését és cseréjét.

Légáteresztő külső borítás
A TENA Flex az egyetlen olyan inkontinencia-nadrágpelenka, amely a teljes felületén átengedi a levegőt, ezáltal csökkenti a bőrirritációk kialakulásának kockázatát.

A TENA Flex Maxi termékek kiszerelésében is változás történt. Az alábbi táblázatban találja az érvényes jellemzőket:

Termék	Nedvszívó kapacitás (ml)	Csípőátlág (cm)	Külső tépőzár mérete (cm)	Felületi nedvszívó dB/3 hónap	Függesztési és BEP társ. FE szám.	Teljes ár Ft/csomag	Kiszámlázott ár Ft/csomag
N Plus M	1400	65-105	KG	270	967	4002	50
N Plus L	1550	80-125	KG	270	725	4030	50
E Super M	2000	65-105	KG	90/270*	1417	6005	20
E Super L	2250	80-125	KG	90/270*	1417	6249	20
E Maxi M	2705	65-105	—	90/270*	1291	8795	22
E Maxi L	3000	80-125	—	90/270*	1417	6428	22

N = NAPPALI KATEGÓRIA, E = ÉJSZAKAI KATEGÓRIA
* Egy kiegészítő oldalsó + 270 db nappali nadrágpelenka és 90 db éjszakai nadrágpelenka tartozik a csomaghoz.

INKO-INFO (ingyenesen hívható telefonon) 06-80-20-10-20 Hívható: hétköznapokon 9.00-13.00 óráig.
SCA Hygiene Products Kft., 1021 Budapest, Budakesi út 51., Postacím: 1525 Budapest, Pf. 178.



Már régóta tudjuk, hogy az egészség és a betegségek, az élet és a halál korántsem személyes ügy, mivel az egészségügyi mutatók alapvetően függenek attól a szűkebb és tágabb társadalmi környezettől, amelyben élünk. Kimutatták, hogy a fejlett (OECD-) országok halálozási arányokban mutatkozó különbségei nem a nemzeti összetérmmekkel (a GDP-vel), hanem az adott társadalmakon belüli egyenlőtlenségekkel állnak szoros kapcsolatban. Az 1980-as évek vége óta tudjuk egy angliai vizsgálatból, hogy az alacsonyabb beosztású közalkalmazottak átlagban betegebbek, főként szív- és érrendszeri veszélyeztetettségük nagyobb, mint a nagyfőnöké.

Persze az is igaz, hogy az angol főtisztviselők zömében nem ismerik mindazt, amit mondjuk magyar társaik négyévente átélnek. De ha már belekeveredtünk a politikába, egy 2002-ben közölt dél-koreai vizsgálat arra a következtetésre jutott, hogy a politikusok átlagban tovább élnek (73 év), mint a főtisztviselők (70 év), nem kizárt, hogy azért is, mert ez utóbbiakat ott is az előbbiek szokták kicsinálni. Egyébként Dél-Koreában legtovább a papok élnek (79 év), legrövidebb ideig a médiaszemélyiségek (65 év). Összességében a világ több országában jutottak arra a következtetésre, hogy a szociális kohézió és a halálozási adatok között összefüggés áll fenn. A közösséghez tartozás érzése, a kulturális azonosságtudat, a bizalom, a támogatottságérzet egészségvédő tényezőkként hatnak, csakúgy, mint az alacsony koleszterinszint és a rendszeres mozgás.

Mindezt magyar vizsgálatok is alátámasztják azzal a következtetéssel, hogy a magyar lakosság körében a szociális-gazdasági különbségek a depressziós tünetegyüttes (életcélok hiánya, ürességérzés) közvetítésével vezetnek az egészségi állapot rosszabbodásához. A depressziós tünetegyüttes a legszorosabb összefüggést a hatvanévesnél fiatalabb lakosság körében a szív- és érrendszeri betegségekkel, majd a mozgásszervi, tápcsatorna-, illetve a fertőző betegségekkel mutatta. A fenti eredmények nem meglepőek, hiszen külföldi vizsgálatokban is kimutatták, hogy pl. a magányosság érzése fokozza a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát, főleg férfiak esetében. Érdekes, de voltaképpen nem meglepő megfigyelés, hogy azok, akik rendszeresen érzelmi támogatást nyújtanak másoknak, átlagban tovább élnek, mint azok, akik ilyen támogatást inkább csak kapnak, de nem adnak. A cikk elején említett ausztrál kutatók, Lynne C. Giles és munkatársai az adelaide-i Flinders Egyetemről most újabb bizonyítékát figyelték meg a jól működő társas kapcsolatok pozitív élettani hatásainak. Ami a mértét illeti, vagyis hogy mi lehet az oka annak, hogy a barátságok hálójá hosszabbá teszi az életet, a kutatók is csak találgatnak. Elképzelhető, hogy a barátok hatására az emberek egészségesebben élnek, de önbecsülésük is erősebbé válhat, és a baráti kapcsolatok kiváló stresszoldók lehetnek. Gyakorlati következtetesként pedig azt vonták le, hogy nagy jelentősége van annak, hogy az idős emberek társas kapcsolatait a környezet segítse fenntartani és ápolni.

» balla «



Sajtóközlemény

Sólyom László államfő aranygyűrűt ad át a Semmelweis Egyetemen

A Semmelweis Egyetemen 2005. november 5-én 10 órakor kezdődő Egyetemi Nap (Dies Academicus) rendezvényének vendége volt Sólyom László államfő, aki dr. Studinger Péter kintüntetési doktoravatása kapcsán aranygyűrűt ad át a kiváló eredménnyel végzett PhD doktor részére. A Nagyvárad téri Elméleti Tömb disztermében megartandó rendezvényen 112 főt PhD doktorrá, valamint nyolc nemzetközi hírnevet szerzett, kiváló tudóst a Semmelweis Egyetem díszdoktorává avatnak. Az ünnepség házigazdái: Dr. Ádám Veronika tudományos és külkapcsolati rektorhelyettes asszony és Dr. Szél Ágoston, a Doktori Tanács elnöke.

Sztóma: görög eredetű szó, szájat, szájadékos nyílást jelent. Mai orvosi szóhasználatban a test felszínén kialakított mesterséges nyílásokat jelentik, melyek szerepe az élethez feltétlenül szükséges funkció biztosítása különféle állapotok betegségek esetén.

Az urostoma műtétek tervezettek, míg a nephrostoma behelyezésével járó műtétek nagy százalékában akut műtétként történnek, ezáltal a műtéti előkészítés lerövidül. Ebből következik, hogy az urostomás betegekkel már a műtét előtt elkezdhetjük a szomatikus előkészítés mellett a pszichés felkészítést. A testünkről alkotott kép, amelyet testsémának nevezünk, az emberi agyban keletkezik, és tükrözi a vele kapcsolatos érzéseinket, viszonyulásunkat. Természetes körülmények között az idő előrehaladásával az öregedés folyamatában a testünket érintő változások fokozatosan következnek be, ezért könnyen beilleszkednek a testünkről alkotott képbe. Műtéteket követően azonban a szervezetünket érő jelentős átalakulások hirtelen mennek végbe, és az emberi agy rögtön érzékeli ezeket a változásokat.

A sztóma kialakítása olyan változás, amely annak ellenére sem könnyen elfogadható, ha a műtét egy hosszás, évekig tartó betegség, esetleg életveszélyes állapot végét jelenti. Időbe telik, amíg hozzászokunk a változáshoz, amíg megszokjuk megváltozott önmagunkat. Ilyenkor természetes a szomorúság érzése.

„Sztómával is van élet!?”

Sztómás betegek otthonápolásra történő felkészítése

A beteg előkészítése során az orvos felvilágosítja a beteget a betegség lényegéről a szóba jöhető műtéti megoldásokról, sztóma képzéséről, műtét utáni várható életvitelről. A közvetlen műtét utáni ellátásban nyújtandó ápolási munkának igen jelentős szerepe van. A testi szükségletek mellett ismét előtérbe kerül a beteg pszichés támogatása. A műtétet követően teljesen normális érzés a harag és a félelem, irigység az egészséges ember iránt, valamint ennek következtében, az is, hogy egyedül akarnak maradni. Haragszanak betegsüjükre, a testükre, a sorsra. Ezeket az érzéseket a hozzájuk legközelebb állókra szokták kivetíteni. Szinte minden beteg abban bíz, hogy a műtétet sikerül sztóma nélkül megúsznia. Tehát itt is fontos szerepet kap a pszichés támogatás, a kezdeti kudarcok leküzdése.

Sztómával élni

minőségi változást jelent a korábbi életmódhoz képest, a betegnek és családtagjainak is. Legfontosabb, hogy hozzátartozóival beszélje meg a történeteket, ezért fontos a beszélgetésekbe bevonni a családtagokat. Fontos elernünk, hogy a beteg tudjon beszélni betegségéről, sztómájáról. Az ott-

Milyen problémákat vet fel az idősödő betegek ellátása az Urológia osztályon?

Hazánkban a születéskor várható átlagos életkor az utóbbi években nem nőtt, hanem csökkent. Elmaradásunk a világ fejlett orszá-gaihoz képest közel 10 év. 1945-ig a volt Osztrák-Magyar Monarchia országaival azonos szinten álltunk ebben a tekintetben, de mára ez már csak álom. Az öregedés folyamata betegség nélkül is jelentős változásokat hoz létre a szervezet működésében, pl.: egy 78 éves ember lehet olyan szerencsés, hogy soha nem volt igazán beteg és kifogástalanul érzi magát, mégsem vitatható, hogy élettani értelemben nem azonos 60 évvel ezelőtti 18 éves kori önmagával. Igen fontos, hogy megkülönböztessünk azokat a betegségeket, amelyek általában idős korban jelennek meg, azoktól a változásoktól, melyek többé, kevésbé minden korosodó emberben bekövetkeznek, befolyásolva a külső és belső behatásokra adott választ.

Ezek lehetnek többek között: szociális létbizonytalanság, lecsúszás, munka-nélküliség, a lakosság jelentős része krónikusan fogyaszt alkoholt, mind a nőknél, mind a férfiaknál magas a dohányzás aránya, szűrő vizsgálatok, egészségügyi felvilágosítás, propaganda elégtelen volta, évtizedekkel ezelőtti elégtelen munkavédelmi szabályok. (Ez alatt értendő az, hogy a szűrő vizsgálatok eredményét nem követte a munkavédelmi szabályok szigorítása, ill. váltakozása.)

Az urológiai osztályokon a betegek átlag életkora a többi osztályhoz viszonyítva jóval magasabb. Az idős emberek általános egészségi állapota miatt a műtetre várakozók között elég nagy a szelekció. Ennek ellenére egyre több idős beteg esetében olyan urológiai ellátást, gyógyító tevékenységet tudunk biztosítani, melyek évekkel ezelőtt még elképzelhetetlenek voltak. Például: 1.) vese-ureter-hólyagköves betegek ESWL kezelése, 2.) vese-ureter-hólyagköves betegek endoscopos műtétei, 3.) endoscopos prostata-hólyagdaganat műtétek elterjedése, 4.) prostata hőterápiás kezelése bizonyos betegségek fennállása esetén.

Változott a műtéti érzéstelenítés is. Bizonyos beavatkozások helyi érzéstelenítésben is végezhetők (rump), más esetekben az altatást felváltotta a gerincvelői érzéstelenítés módja. Ezek is a beteg megterhelését csökkentik. Ezek miatt olyan idős betegek is felvételre kerülnek, s műtétre, akiknél régebben általános állapotuk, egyéb kísérő betegsüjük, életkoruk miatt már semmilyen beavatkozást nem tartottunk elvégezhetőnek.

Ápolói szempontból nézve idős betegeknél olyan dolgokra kell figyelnünk, ami egyébként máskor nem bír jelentőséggel. Ez már a felvételnél jelentkezik, amikor a betegről felvesszük az ápolási anamnesist és státuszt. Fel kell mérni pszichés, testi, szellemi állapotát. Időskorban a diéták betartása és betartatása nagyon nehéz, több konfliktus helyzetet teremthet. Előfordul, hogy a beteg nem említi diétáját, az ápoló csak a szedett gyógyszerekből következtet erre. Szükség esetén a hozzátartozókat is bevonja, hogy mi is lenne a legjobb „hazai”, amit a beteg is szeret és a diétájába is belefér.

Ideális esetben a kórterem megválasztása is számélyre szabott lehet. Fontos a beteg számára, hogy közel legyen a wc, zuhanyzó. Ha lehetőség van rá és több szabad ágy is van a kórteremben, hagyjuk meg a beteg választás lehetőségét. Ebből reményeink szerint azt érezheti, hogy szá-

munkra fontos, hogy ő a helyzethez képest jól érezze itt magát. Jót tesz, ha hasonló korú, esetleg ugyanarról a környékről való szobatársai vannak. A beszéd téma így hosszú időre biztosítva van. Esetleg hasonló problémán átesett beteggel szívesebben beszél, meg saját betegségét, hasznos tanácsokkal is gazdagodhat. Valljuk be, azért ennek meg van a hátul ütője is. Néha extrém ötletekkel és megállapításokkal állnak elő. Ilyenkor az ápoló próbálja derűtségét elfojtani és megmagyarázni, hogy miért nem praktikus az ötlet.

A folyadékbevitelről

Mint tudjuk az időskor egyik problémája a csökkent folyadékbevitel, ami számos problémának, pl.: zavartság, betegségnek lehet forrása. Urológiai osztályon gyakran szükség van a bevitt és ürített folyadék mennyiségének pontos vezetésére. Meg kell találnunk a megfelelő módot arra, hogy a betegnek ne okozzon gondot a mennyiség megjegyzése. Például megkérjük, hogy csak az ápoló által bekészített kancsóból fogyasszon folyadékot. Vagy például mindig ugyanabból a pohárból igyon és ha tölt mindig töltsen tele, így nagyobb pontossággal követhető a mennyiség. Ürített mennyiség esetén pedig megkérjük, hogy edénybe vizeljen és miután kiürítette azt, az ápolónak bediktálja, vagy bemutatja a mennyiséget. Gondoskodjunk arról, hogy megfelelő mennyiséget fogyasszon. Ha a kórterembe járunk, töltsünk ki neki folyadékot és segédkezzünk a megítatásnál is.

Testiség kérdése

Az idős betegek még sokkal visszafogottabban viszonyulnak a testiség kérdéséhez. A tisztálkodás során különösen fontos számukra, hogy kizárjuk az illetéktelen nézelődőt. Ha lehetőség van rá: azonos nemű ápoló segítkezzen a fürdetésnél. Ezen korú betegek nagy része még a tekintély elven alapuló nevelésben részesült. Közülük még sokan tisztelik az orvost és amit ő mond, az szentírás. Ezt néha ki kell használnunk, így könnyebb meggyőznünk őket, mondván ezt a borogatás, gyógyszerzt a doktor úr rendelte el.

Problémák

Az idős ember kiszakítva a környezetéből nehezen tud alkalmazkodni a kórházi miliőhöz. A betegek beilleszkedését elősegíti a megfelelő orvos-beteg őszinte kapcsolat kialakítása, mely után a nővér-beteg kapcsolat kialakítása is könnyebbé válik. Ha a

beteg tudja, hogy milyen beavatkozás vár rá, akkor az új megváltozott átmeneti állapotához jobban alkalmazkodik, kevesebb probléma vetődik fel. A jó nővér jó pszichoterapeuta is kell, hogy legyen, hiszen minden emberrel másképpen kell bántani. A betegek, ha érzik az empátiát, kevésbé veszik megterhelőnek a gyógyítással kapcsolatos megpróbáltatásokat.

Feladataink

Fontos feladatunk a beteg felkészítése a vizsgálatokra, műtetre. Osztályunk orvosai nyitottak felénk is, hiszen a legújabb beavatkozások előtt bennünket is felvilágosítanak az adott eljárásról számunkra is érthető módon, s így, ha a beteg felénk él kérdéssel, mi is a lehetőségeinknek megfelelően segítséget tudunk nyújtani a betegnek. Emiatt kevés beteg „zavarodik meg” az utóbbi időben osztályunkon, míg ez régebben gyakrabban előfordult.

Úgy véljük, hogy bizonyos rétegeknél a következő években egyre több idős ember lesz. Emiatt egyre több problémával találjuk magunkat szemben, de a jelenlegi orvos-nővér-beteg kapcsolat – mely minden irányban működőképes kell, hogy legyen – ezen betegek kórházi ápolásával, gyógyításával kapcsolatos feladatainkat nem fogja növelni. Természetesen ez csak akkor működik, ha empátiás képességünket, egyéni emberségünket, érdeklődésünket nem veszítjük el. A szemlélethiány eredményeként, amely az orvoslás területét is sújtotta, a pszichoszomatikus szempontok érvényesítése a hatvanas évekig nem nyerhetett polgárjogot. Az ápolás tudomány fejlődése is lassabban haladt előre a más tudományok hozzájárulásának alacsony intenzitása miatt. Megtalálhatjuk az oktatás gondjait is éppúgy az okok között, mint a szermeresen került presztízs problémákat. A gyógyító munka sikere az együttműködés minőségének, folyamatosságának függvénye. A szakszerű ápolás alapvető jelentőségű a beteg sorsának alakulásában. Fontos feladat lenne ezért ez elkövetkező években olyan ápolói személyzet országos kialakítása, aki az idős betegek speciális problémáit az átlagnál jobban ismeri, s emiatt speciálisabb segítséget tud adni az arra rászorulóknak. Ezen képzés mind főiskolai, mind középszinten kívánatos lenne.

Dézi Hajnalka, Soltész Beáta
Hajdú-Bihar megyei Önkormányzat
Kenézy Gyula Kórház Rendelőintézet
Urológia Osztály Debrecen
Felhasznált irodalom – Dr. Helembai Kornélia:
Az ápoláslélektan alapkérdései

ill. családtagjának ajánlhatjuk a sztómás klubokat, ahol a vele hasonló helyzetben élő emberek találkoznak, megbeszélik a problémákat. Esetleg tanácsokat is adhatnak egymásnak. Felkészítés során fontos, hogy ne csak a sztóma ellátását, ápolását tanítsuk meg. Ez segíti a beteget abban, hogy ne éréjk felkészületlenül az olyan problémák, amikkel csak az otthoni környezetben szembesül. Hazabocsátás előtt beszélünk kell a táplálkozásról, mozgásról, munkavégzésről, párkapcsolatról – házaseletről. Fontos az egészséges életvitelére való felkészítés, és ennek ismertetése. Mindezekhez segítséget kaphatunk a sztómás eszközöket gyártó cégek ismertető kiskönyveikből, melyeket a beteg rendelkezésre bocsátunk. Tehát elmondhatjuk, hogy a pszichés támogatásnak, a beteggel való beszélgetéseknek milyen fontos szerepe van a beteg további sorsában. Megfelelő előkészítéssel, utókezeléssel, támogatással elérhetjük, hogy a megváltozott életminőséget a beteg, ill. a hozzátartozók is elfogadják, törekedjenek a lehető legjobb életvitel kialakításában.

Egy mondattal összefoglalva: Sztómával is van élet!

Salamon Viktorné, Nyakas Ildikó
Hajdú-Bihar megyei Önkormányzat
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet
Urológia Osztály Debrecen
Felhasznált irodalom – Köves István, Bodoky György: Sztómák és sipolyok

*Prof. Dr. Pajor László egyetemi tanár, intézetvezető
Szegedi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar Urológiai Tanszék*

A tünetek két fő csoportra oszthatók, mint az obstruktív és irritatív tünetek, bár ezek keveredhetnek.

Az obstruktív tünetek:

- a vizezés megindításának hajnali elhúzódása;
- a vizeletsugár gyengülése;
- a vizeletsugár megszakadása;
- utócspepegés;
- elégtelen hólyagkiürülés érzése;
- inkontinencia (túlfolyásos)

Az irritatív tünetek:

- gyakori vizezés éjjel, nappal;
- sürgető vizezési kényszer;
- készteséses inkontinencia

Kevésbé ismert, hogy az alsóhúgyuti működési zavarok, melyek háttérben leggyakrabban BPH van, merevedési zavarokkal is társulnak, pedig a kielégítő szexuális élet még 65 éves kor felett is a jó közérzet fontos része. A vizezési zavaroktól szenvedő betegek csak töredéke, kb. 10%-a fordul orvoshoz. Pedig a BPH jól és kellemetlenségek nélkül diagnosztizálható betegség. A pontos anamnézis itt is irányítja a kivizsgálást. A korábbi betegségek közül zavarja a tisztánlátást a fel nem fedezett vagy rosszul beállított cukorbetegség, enyhe fokú szív- és veseelégtelenség, neurológiai kórképek (Parkinsonizmus, stroke, demencia), bizonyos gyógyszerek (diuretikumok, pszichofarmakonok) és minden korábbi kezelés vagy műtét az alsó húgyutakon. A szubjektív panaszok objektivizálhatók a nemzetközileg érvényesített pontozásos rendszerrel. Ez két kérdőív, melyet a beteg maga tölt ki vizezési szokásairól (IPSS=International Prostate Symptom Score) illetve ennek életminőségre gyakorolt hatásairól, és ezt a szakdolgozók, orvosok pontozzák, értékelik. A ponthatárok alapján a tünetek és az életminőségromlás kategóriákba sorolható, ennek alapján enyhe, közepes és súlyos tünetcsoportról beszélhetünk. A beteget ezután fizikálisan teljesen meg kell vizsgálni, ennek elengedhetetlen része a prostata végbélen keresztüli tapintása, mely tájékoztató értékű a prostata méretéről. Minden 50 év feletti betegnél a vérből prostata specifikus antigén meghatározás szükséges, mert így fedezhető fel a véglegesen meggyógyítható korai stádiumú prostatarák. Az uroflowmetria szintén egyszerű fájdalomatlan vizsgálat. Lényege, hogy a beteg egy készülékbe vizez és az megméri a vizeletsugár áramlástanai jellemzőit. Így a szubjektív panaszok a vizeletsugár gyengüléséről objektív mérőszámmá alakíthatók. Igen fontos érték a maximális áramlási érték, melyet férfiaknál általában 12 ml/sec alatt

A benignus prostata hatása az életminőségre

A Benignus Prostate Hyperplasia (BPH) azaz a prostata időskori jóindulatú megnagyobbodás a leggyakoribb jóindulatú szövetszaporulat a férfibetegek szervezetében, következményei megkeseríthetik az időődő népesség életét. Igazi népbetegség, a 65 éven felüli férfiak 30%-ában panaszokat okoz, bár életveszélyes szövödménnyel nagyon ritkán jár. Az életminőség romlásáért elsősorban a gyakori vizezési inger és az inkontinencia felelős.

kórosnak tartunk. A kivizsgálás része a húgyutak ultrahangos vizsgálata, ez megmutatja, hogy van-e pangás, vizelettorlódás a vesékben, milyen a hólyag kapacitása, a prosztata alakja és vizezés után marad-e vissza vizelet a hólyagban. Természetesen az ultrahang számos kísérő betegség felfedezésére is alkalmas, mint daganatok, kő, diverticulum, stb, ezek oki összefüggésben lehetnek a BPH-val. A további vizsgálatok, mint hólyagtükrözés és urodinámiai vizsgálat már invazivak és csak a vizsgálati eredmények ellentmondásai illetve más betegségek gyanúja esetén indokoltak. Választható vizsgálat még a prostata alakjának, belső struktúrájának pontosabb feltérképezéséhez a transrectalis sonographia. Ha echomentes góccok láthatók a prostatán belül, ez felveti rákos góc lehetőségét.

A BPH nem sebészi kezelése

Az elmúlt évtizedben a BPH gyógyszeres kezelése radikálisan fejlődésen ment át. Korábban csak a műtét tudott enyhíteni a panszokon, ma már a betegek kisebb része kerül műtétre. A hazai gyógyszerkínálat minden esetben megfelel a nemzetközi színvonalnak, ebben kiemelkedő szerepe van a Richter Gedeon RT-nek.

A kezelés az életmódra vonatkozó tanácsadással kezdődik. Enyhe esetben elegendő a folyadékfogyasztás csökkentése, átütemezése az esti órákról a délelőtti órákra, a koffein és alkohol tartalmú italok fogyasztásának megszüntetése.

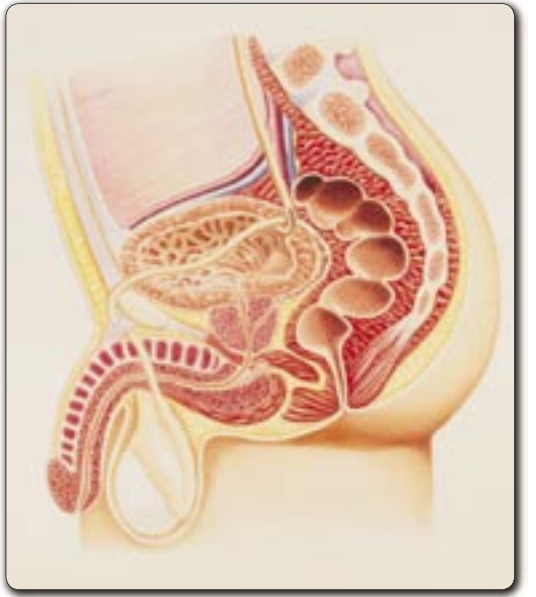
A világon mindenütt megjelent egy új igény, a természetes alapanyagokat felhasználó gyógyszerekre. Így van ez a BPH gyógyszeres kezelésében is. A legismertebb fitoterapeutikumok a fűrészpálma gyümölcsének és a csalángyökérnek a kivonatát valamint a tökmagolaj. A rövidtávú eredményességükről több nemzetközi beszámoló készült, de kevés 12 hónapos, placebo-ellenőrzött, kettős vak tanulmány igazolja tartós hatékonyságukat. A hazai helyzetet tovább rontja, hogy a fitoterapeutikumok szabadon hirdethetők és vásárolhatók, így felhasználásukat sokszor nem előzi meg urológiai kivizsgálás, tehát nem ott alkalmazzák, ahol célszerű lenne. A fitoterapeutikumok javasoltak a BPH kezdeti stádiumában a differenciál diagnosztikai vizsgálatok után, mivel a hasonló tüneteket adó betegségek -prostatarák- csak így zárhatók ki. A gyógyszeres kezelés két fő hatásmechanizmuson

keresztül érvényesül. Az első az alfa1-adrenoreceptorok blokkolásával csökkenti a prostatán belül a simaizom tónust, így jobban engedi a hátsó húgycsőben a szabad vizeletáramlást. A második a tesztoszteronból a dihidrotesztoszteronná való átalakulást gátolja, mert megakadályozza az 5-alfa redukáz enzim működését. Mivel a prosztata növekedésében a dihidrotesztoszteronnak döntő szerepe van, a BPH növekedése megáll, sőt vissza is fejlődik.

A két gyógyszer különböző hatásmechanizmusából következik, hogy más-más időtartamú gyógyszereszedés után várható az eredmény. Az alfa1-receptor blokkolók néhány napos szedése után a panaszok általában 30-40%-ban csökkennek és a vizezés objektíven is erősebb lesz, ez uroflowmetriával jól követhető. A mellékhatások közül kiemelendő a vérnyomáscsökkenés, mely persze az 55 év feletti férfiaknál igen gyakran előforduló hypertonia miatt előnyös is lehet. A kezelés nem befolyásolja a merevedési képességet, de ejakulációs zavarokhoz vezethet. Az 5-alfa redukáz enzim működését gátló finaszterid és epriszterid legalább 3-6 hónapos szedése szükséges a BPH térfogat 20-30%-os csökkenéséhez és hogy a vizeletáramlás szabadabbá váljon. A kezelés mellékhatásaként libidó csökkenés és erektilis diszfunkció jelentkezhet megközelítőleg 10%-ban, erről a beteget feltétlenül tájékoztatni kell. Hazai finaszterid tartalmú gyógyszer is rendelkezésre áll. Finszterid szedése befolyásolja a PSA szintet, így az megbízhatatlanná válik, ezért is kötelező a kezelés előtt a vérszintet megmérni. Egy éves tartós és eredményes finaszterid kezelés után meg lehet kísérelni a gyógyszer elhagyását. Ezzel szemben az alfa1-receptor blokkolók elhagyása után a panaszok néhány napon belül kiújulnak.

A BPH sebészi és alternatív kezelése

A műtét célja az obstrukciót okozó szövetszaporulat eltávolítása. A műtétnek hagyományos értelemben „abszolút” indikációja nincs, hiszen katéterrel bármikor kiváltható. A mindennapok gyakorlatában mégis abszolút indikált a műtét, ha ismételten 150 ml-nél több vizelet marad a hólyagban, következményes felsőhúgyuti pangás van, az ismétlődő húgyuti fertőzés nem kezelhető ki, hólyagkő keletkezett, vagy a gyógyszeres kezelés ellenére a BPH elviselhetetlen vizezési panaszokat okoz.



Relatív a műtéti indikáció, ha ismételten elakad a vizelet, hólyag diverticulum keletkezett, neurogén hólyaggal társult a BPH, vagy a vizezési ppanaszok a gyógyszeres kezelés után is zavarják a beteg életvitelét. A műtét leggyakrabban a prosztata transzuretrális reszekcióját jelenti, de 100-150 ml-nél nagyobb adenoma esetén a nyílt prostatectomia is indokolt.

Az alternatív kezelések, az intersticiális lézer kezelés, a termoterápia és a termoabláció hazánkban is meghonosodott. Ezen minimál invazív beavatkozások színesítik a műtéti palettát és bár csaknem veszélytelenek, az eredményességük nem ér fel a transzuretrális reszekcióig.

A BPH okozta vizezési panaszok kezelése döntően gyógyszerrel is megoldható, műtétre egyre ritkábban kerül sor. Különösen hatékony a tamsulosin, az első uroselektív alfa1-adrenoreceptor blokkoló. A beteg életminősége így jól megőrizhető, ezért is szükség van a kezeletlen – ezért szenvedő – idősebb férfiak tájékoztatására.

Irodalom

1. Farkas László, Pajor László, Papp György, Tóth Csaba: Urológia |
2. Romics Imre: Az urológia tankönyve |
3. The Lancet Volume 361, April 19, 2003: Seminar: Benign prostatic hyperplasia A Thorpe, D Neal |
4. Adult Urology March 2003: Nocturia and benign prostatic hyperplasia Koji Yoshimura et al |
5. Adis Drug Evaluation: Tamsulosin. An Update of its Role in the Management of Lower Urinary Tract Symptoms Drugs 2002, Volume 62, Issue 1, Pages 135-167 Katherine A. Lyseng-Williamson, Blair Jarvis and Antona J. Wagstaff |
6. European Jurology 2000, Volume 38, Pages 2-19: Medical Therapy for Benign Prostatic Hypeplasia: A Review of the Literature G.M. Clifford, R.D.T. Farmer



Kortalan szerelem

– a potenciazavar lelki és testi vetületei –

A születéstől várható élettartam növekedésével a világ középkorú és idős lakosságának egészsége is folyamatosan javul, azonban eddig kevés adat állt rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy ez a változás hogyan hat e korcsoport szexuális életére. Egy, a világ 29 országának bevonásával lefolytatott kutatás eredményei szerint a férfiak több mint egynegyede, míg a nők 39%-a találkozott már valamilyen szexuális problémával élete során.

A nemzetközi kutatás során megkérdezett, több mint huszonhétezer férfi és nő szerint a kielégítő szexuális élet alapvető szerepet játszik egy párkapcsolat fenntartásában. A világ huszonkilenc országában lefolytatott vizsgálat arra kereste a választ, hogy a 40 és 80 év közöttiek életében és párkapcsolataiban mekkora szerepet játszik a szexuális élet teljessége, valamint hogy milyen gyakran fordulnak elő ebben a korcsoportban szexuális zavarok.

A megkérdezett férfiak és nők egyöntetű véleménye szerint a kielégítő szexuális élet elengedhetetlen egy hosszútávú párkapcsolatban, és alig egyötödük (férfiak 18%, nők 23%) gondolta úgy, hogy az idősebbek már nem vágnak a szexre. A kutatásban résztvevő kétharmada pozitívan ítélte meg a gyógyszeres terápia alkalmazását, ha az visszaállítja a természetes szexuális élményt. A vizsgálati adatokból egyértelműen kitűnik, hogy, bár a potenciazavar előfordulási aránya világszerte magas, és az életkor előrehaladtával tovább nő, az idősebbek számára is kiemelten fontos a szexuális aktivitás megőrzése, egyrészt az önbecsülés, másrészt a párkapcsolat fenntartásának szempontjából. Azonban fontos megjegyezni, hogy manapság már a merevedési zavar meglete sem jelent egyet a meghitt és intim pillanatok végleges és visszavonhatatlan elvesztésével. Az orvostudomány fejlődésének köszönhetően ma már olyan hosszú hatástartamú megoldás is elérhető, amely nem szorítja időkorlátok közé a párok szexuális életét. A hosszúhatású megoldással bármikor sor kerülhet az együttlétre, és a 36 óras időtartam miatt a párok nyugodtan elefedkezhetnek a kezelésről, és nem kell attól sem tartaniuk, hogy kifutnak az időből. A potenciazavar azonban a párkapcsolat mellett az érintett férfiak egészségé-

re is gyakran komoly veszélyt jelenthet. Nem szabad megelégedezni azokról a háttérben meghúzódó betegségekről, melyek esetenként a potenciazavarnál jóval súlyosabb következményekkel járhatnak.

Szakértők szerint a merevedési zavarban szenvedők száma 2025-re megkétszereződik, amit például a cukorbetegség rohamos elterjedése is előre jelez. Izraeli kutatók éppen ezért azt vizsgálták, hogy a potenciazavar milyen kapcsolatban áll a cukorbetegséggel. A kutatás elsődleges célja az volt, hogy – a vizsgálat résztvevőinek demográfiai, szociális és életmódbeli jellemzői alapján – egy olyan ismérvsrendszert állítsanak össze, ami a jövőben elősegíti azon cukorbeteg korai azonosítását, akiknél nagy valószínűséggel kialakul a potenciazavar, így könnyítve meg a betegség megelőzését és korai kezelését. Az 1040 kitöltött kérdőív alapján elmondható: a vizsgálatban résztvevők döntő többsége 2-es típusú cukorbetegségben szenved, és átlagosan nyolc éve áll fenn betegségük. A megkérdezettek 30 százaléka szenvedett súlyos merevedési zavarban, azonban ennél is figyelemreméltóbb adat, hogy a kitöltők alig több mint 10 százaléka – 140 férfi – számolt be normális merevedésről.

A vizsgálatban szereplő cukorbeteg körében gyakran fordult elő potenciazavar. Ennek súlyossága az életkorral, a cukorbetegség fennállásának hosszával, az elégtelen vércukorszint kontrollal, a kísérőszövődményekkel, a kardiiovaszkuláris megbetegedésekkel, valamint a vízhatló terápiával arányosan nő. A vizsgálat segítségével meghatározhatók azok a tényezők, amelyek hatnak a diabéteszes férfiak potenciazavarára, valamint látható a rendszeres testmozgás és a mérsékelt alkoholfogyasztás betegsége gyakorolt jótékony hatása is. Ezen ismeretek tudatosítása és jövőbeli figyelembevétele segíthet az orvosoknak abban, hogy még időben felismerjék a betegséget, megelőző lépéseket tegyenek, vagy ha már kialakult a potenciazavar, akkor azt minél hatékonyabban kezelhessék.

Ma Magyarországon közel 600 ezer felismert diabéteszesről tudunk, és közel ennyire tehető a fel nem ismert betegek száma, tehát – a fenti eredmények alapján – a jelenleg kezeltéknél valószínűleg jóval több az érintett.

(WKOMM.)

Tápainé Bajnay Márta gyógytornász
Simmelweis Orvostudományi Egyetem
I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A medencefenék, a gátizomzat tornája, akaratlagos működtetése, tréningje több szempontból a gyógytornászok érdeklődésének középpontjába került. A fizioterápia elterjedése a szüléset-nőgyógyászati osztályokon lehetőséget nyújt a terhesek szakszerű előkészítésére a szüléshez, szülés után az eredeti állapotuk visszanyeréséhez, valamint a nőgyógyászati betegek inkontinencia kezeléséhez.

A medencét alulról záró izomzat erejére, rugalmasságára a terhesség alatt különösen nagy szükség van, hiszen a növekvő méh fokozza a hasüregi nyomást, amely fokozott megterhelést jelent a gátizomzatra. A szülésnél, a medencefenék izmok tudatos ellazításának van jelentős szerepe, mert ezzel a magzat előgördülő feje előtt csökkenthető a gát ellenállása. A hüvely akaratlagos szűkítése, mozgatása is a gátizmokkal történik, ennek az örömszerző házasetben van nagy jelentősége. A női vizelettartási zavarok leggyakoribb fajtája a **stressz inkontinencia**, melyet a medencefenék izmainak gyengesége és az urethra akaratlagos elválás képességének hiánya okoz. Ez a panasz leggyakrabban menopauzában lévő nőknél jelentkezik. A gátizomzat tornáztatásához előbb idézzünk fel néhány anatómiai képletet és fiziológiai ismeretet.

A **kismedence** hajlított cső alakú üreg, benne helyezkednek el a belső nemi szervek és a húgyhólyag. A linea terminalis által határolt sík a kismedence bemenete, mely hardintul ovális alakú, az üreg közepe kör, kimeneténél pedig rombusz alakúvá válik. A kimeneti sík majdnem vízszintes lefutású és kötőszöveti és izomlemez zárja a alulról a kismedencét. A medencefenéknek ket-tős, egymással ellentétes feladata van. Az egyik a hasüreg alsó pólusának lezárása, a másik a húgycső, a hüvely és a végbél áthaladásának, valamint ezek megbízható működésének biztosítása. Az izmok, a kötőszövet károsodása esetén a medencefenék gyengül, tartó funkciója elégtelenné válik, ennek következtében a nyílások megsüllyedhetnek, zárófunkciójuk csökkenhet.

A **medencefenék izomzatát** háromrétegű, izmos - fibrosus lemez képezi: 1.) **Diaphragma pelvis izmai**: m. levator ani, m. coccygeus, m. sphinter ani externus. Az m. levator ani rostjai kétszeres keresztződéssel két nyílást alakítanak ki a symphysis mögött, a hiatus genitalist és a hiatus analist. Ez az izom támasztja alá minden irányból a belső szerveket és a kivezető nyílások körül gyűrűt alkot. 2.) **Diaphragma urogenitale**: m. transversus perinei superficialis, m. transversus perinei profundus. A diaphragma urogenitaleet középen furja át a húgycső, melynek középső és alsó részét a harántsíksíktól izomrostokból álló musculus sphincter uretrae gyűrűszerűen veszi körül, ezzel megadja a lehetőséget a vizelet akaratlagos visszatartásához. 3.) **Külső záró izomréteg**: m. bulbospongiosus, m. sphinter ani externus, m. ischiocavernosus.

A **hólyag és a húgycső anatómiája**
A hólyag izmos falú, nyálkahártyával bélelt tömlő, mely 300-350 ml vizeletet képes befogadni. Üresen citrom alakú és nagyságú szerv, mely a symphysis mögött a kismedencében helyezkedik el. Laza kötőszövet köti veszi körül, mely tágu-lásdt nem akadályozza. A hólyag fundusának hátsó részébe ferden nyílnak az ureterek, leg-mélyebb pontjáról indul az urethra. Nőkben a hólyag fundusa csak kevésbé rögzített, inkább csak ráfekszik a fascia pelvisre. Legfontosabb rögzítése az elülső hüvelyfal, melynek felső ré-szével a fundus nagyrészt lap szerint összenőtt. Ha a hüvelyfal kórosan kitágul, nem biztosít kel-lő támaszt a hólyag számára, és ez kihat a vizelet-ürítés folyamataira. A húgycső 3-4 cm hosszú tágulékony cső. Proximalis harmada a hólyag izomzatával (detrusor) koordináltan működő simaizom gyűrű. Középső és distalis része – nor-mális anatómiai viszonyok mellett – akaratunk-tól függően képes a húgycsövet zárva tartani.

A **vizeletürítés folyamata**
A gátlás alá került hólyag simaizomzata ellazul, és a hólyag az uretereken át vizeletet képes be-fogadni. A hólyag feszülése paraszimpatikus inger, mely a gerincvelőn át az agyba jut. A kri-tikus nyomás hatására a hólyag teltség érzése vizelési ingert vált ki. Akaratlagos vizeletürítés-kor a hasizmok megfeszülése az intravesicalis nyomást tovább növeli, és ez direkt kontrakciót vált ki a hólyagban. Egyidejűleg elernyednek a záróizmok, létrehozva a vizelés folyamatát. Aka-ratlagos izomkontrakcióval megakadályozható, hogy a vizelet az urethra-ba jusson, ill. így a már elkezdődött vizelés megszakítható. Tehát: a vizelet tartása és ürítése bonyolult neuromuscularis folyamat, mely csak a kismedencei szervek nor-mális helyzete és működése, jó idegi szabályozás, valamint a medencét lezáró gátizomzat és kötő-szövet épsége mellett történik zavartalanul.

A gátizom szerepe, tornája – a stressz inkontinencia –

A Nemzetközi Kontinencia Társaság meghatározása szerint az inkontinencia olyan, az akaratól független vizeletvesztés, amely szociális és higiénés problémákat okoz és objektíven demonstrálható. Az incontinentia urinae nőknél 2-5-ször gyakrabban fordul elő. Fizikai és szociális aktivitásukban gátolja őket, azonban ezt a problémát minden 12 nő közül csak 1 panasolja el önként orvosának.

Az inkontinencia betegség formái

Stressz inkontinencia: fizikai aktivitásra, ugrálásra, köhögésre, nevetésre jelentkező vizeletcsepegés. Ilyenkor az intravesicalis nyomás meghaladja az urethra nyomást anélkül, hogy detrusor kontrakció jönné létre. Oka a hólyagnyak hypermobilitása és/vagy a gátizomzat gyengesége.

Urge vagy késztetési inkontinencia gőrcs: tünete a váratlanul jelentkező vi-zelési inger. Két fajtája van: motoros urge, neurogén ok miatt kialakult detrusor hyperreflexia sensoros urege, a hólyag-ban előforduló kórfolyamat (kő, daganat, gyulladás).

Reflex inkontinencia: abnormális ge-rincvelő-reflex működés (Stroke, haránt laesio, sclerosis multiplex)

Tülfolyásos inkontinencia: főleg férfiak-nál fordul elő, oka: prostata hyperplasia.

Enuresis diurna és nocturna: gyerme-keknél neurogén és pszichés okok miatt.

Kevert formák: az ismertett típusok egymás mellett fordulnak elő.

Az inkontinencia megfelelő kezelésének feltétele a pontos diagnózis. Első lépésben az alapos anamnézis felvétel, majd nőgyó-gyászati, laboratóriumi (vizelettenyésztés), urológiai vizsgálatok döntik el az inkon-tinencia fajtáját. Az urodinamias vizsgálatok célja a hólyag tároló kapacitásának, működésének, és a húgycső záró appará-tusának megítélése. Urodinamias vizsgálatok típusai:

- uroflowmetria, a vizeletáramlás mérése;
- cystometria, a detrusor működés vizs-gálata, a hólyag feltöltése közben méri a hólyagon belüli nyomást;
- húgycsőnyomás profil, mely az urethra ellenállásának megismerésére szolgál;
- nyomás/áramlás mérés.

A stressz inkontinencia

Csak a stressz inkontinencia kezelhető fi-zioterápiával! Hasúri nyomásfokozódás-kor (pl. köhögés) az emelkedett nyomás egyaránt érinti a hólyagot – ami ürítésre készítené –, és a medencefenék izomzatot, melyről a nyomás átvétődik a húgycsőre, annak zárva tartását erősítve. A húgycső ellenállását így segítik az azt körülvevő izom és kötőszövetek által kifejtett erők, valamint az urethra falát alkotó submu-cosa, vascularis elemek és a falát alkotó simaizom.

- A **stressz inkontinencia kiváltó okai:**
- medencefenék izomzatának gyengesége,
 - alkati kötőszöveti gyengeség
 - túlterhelés: adipositas, fizikai munka, asztmás, allergiás köhögés, obstipatio
 - sérülések: izom túlnyúlás, szakadás szű-léskor
 - hormonális (ostrogen) hatás hiánya
 - keringési elégtelenség
 - kismedencei szervek anatómiai eltérése (pl. cystokele).

A **stressz inkontinencia** okát a húgy-cső hiányos záródási mechanizmusában kell keresni, mely a medencefenék gyen-geségével függ össze. Ezen gyengeség kö-vetkeztében a húgycső és a hólyag nyaki régiója kiszabadul a hasüregi nyomás-rendszer szabályozásából. A megváltozott anatómiai helyzetet kell rendezni konzervatív vagy műtéti úton. A műtétek célja a hólyagnyak megemelése azért, hogy az a hasúri nyomási zónába visszakerüljön, illetve hüvelyi műtéttel az urethra jobb alátámasztása. A konzervatív kezelések egyik módja a gátizom fizioterápiája. Jó eredmény csak pontos diagnózis ismer-tében érhető el. A **kezelés menetének első lépése a beteg kikérdezése**, melynek al-kalmával fontos a bizalomteljes légkör megteremtése. Nagyon diszkrét téma ez, minden beteg gátlásokkal, szorongásokkal teli. A beszélgetésekből meg kell tud-nunk a torna elsajátításának motivációját, az inkontinencia kialakulásának pontos idejét, körülményeit, jellegzetességeit, amivel az inkontinencia súlyosságát is fel-mérhetjük. Fontos tájékozódnunk a beteg életmódjáról, foglalkozásáról, sportjáról, szokásairól.

Alkalmazható a Gaudenz-féle teszt, mely a panaszokat összesíti, sablonnal történő értékelés után az inkontinencia fajtája is megállapítható, de a teszt segít-ségével a kezelés eredményessége is nyo-mon követhető.

Az ágyéki gerincszakasz mobilizálása, a medence dőlésszögének beállítása, a kis-medencében lévő szervek (hólyag, méh) optimális helyzetét biztosítja.

A **medencefenék izmok tornáját a ta-nulási fázisban mindig tehermentesített helyzetben – háton fekvé, hason fekvé – végeztessük**. A gyakorlást célszerű a végbélzáró izmok felől kezdeni, ezek na-gyobb tömegűek, rendszerint jobb álla-potban vannak, mindenkinek vannak a széketvisszatartásról élményei, amiket ilyenkor könnyű felidézni. Ez után rá-térünk a hüvely, a húgycső körüli gyűrű feszítésére. Külön-külön is gyakoroljuk ezeket. Kontrollként a kezét helyeztes-sük az éppen működő izomra, végbélre, hüvelybemenetre. A gátizomzat teljes megfeszítését a medence hátrabilenté-sével kezdjük megéreztetni, mert ebben a helyzetben szint reflexszerűen össze-húzódnak a gátizmok, legkifejezettebb a felfelé húzó hatás. Előrelépést jelent a kontrakciók szakaszokra bontása, az iz-mok feszülésének irányítása, a kontrakció különböző szintjein. A feszítés és lazítás ritmusának megváltoztatásával is növel-hetjük az izom erejét. A medencefenék fe-szítésekor a hasizom és a farizom marad-jon mindig laza, a gyakorlatok közben ezt mindig ellenőriznünk kell. A megfeszített hasizom növeli a hasban a nyomást, ami a gátizmok ellen működik. A szelektív izomműködés kialakítása részben a vég-bél körüli és a hüvely körüli izomgyűrű külön működtetését jelenti, másrészt a gátizom független működtetését a többi medence izomtól.

A kezdő gyakorlatokat naponta kétszer, há-romszor kell végezni, mert ezek pontos elsa-játítása után léphetünk át a tréning fázisra. A tréning gyakorlatai ráépülnek az előzőkre, célunk a medencefenék izmok megerősítése, mely megalapozza a tudatos védekezést a hasúri nyomást fokozó helyzetekben.

A gátizmok megfeszítésekor a maxi-mális kontrakcióhoz vezető utat osszuk fel négy szakaszra. Képzeljük azt, hogy a hüvelyben egy lift van, ami a gátizom egyre erősödő szorításával emeletről eme-letre halad felfelé a legmagasabb pontig. A szintek közt tartassunk kis szüneteket. A visszafelé út fokozatos lazítással történjék (Kegel gyakorlat). A tréning a fázisban végeztessük a gyakorlatokat fokozatosan terhelő testhelyzetekben: négykézláb ál-lásban, térdelésben, székrl felálláskor, fekvésből felkeléskor, lépcsőn járáskor, állva, szökdelés közben. Meg kell tanul-niuk a betegeknek, hogy a hasprést foko-zó helyzetekben feszítsék meg gátizmaikat. Célunk, hogy ez a működés automatizá-lódjék, így köhögéskor, tüsszentéskor a vi-zeletcsöpögés megelőzhető lesz. Legalább három hónapi kitarató, állandó gyakorlás után mutatkozik eredmény. Csak a szor-galmas munka a feltétele a gyógyulásnak, hiszen az izom még idős korban is fejlesz-tető, erősíthető.

Sajnos nagyon kevés betegnek van ki-tartása a tartós tréninghez, a rendsze-res tornához. Ebben nyújt segítséget egy nagyszerű segédeszköz. Már kapható a hüvelytamponhoz hasonló, kónusz ala-kú, műanyagból készült 5 darabból álló vaginális súlysorozat. A legkönnyebb súly a hüvelybe helyezve, a gátizmokat meg-feszítve bent tartható az eszköz. Ahogy a medencefenék izomzata erősödik, egy-re nehezebb súlyt lesz képes megtartani. Ezzel az izom erejének növekedése szint mérhető. A súlysorozat alkalmazása a gáttorna tréning fázisának szakaszában alkalmazható segítség. Erős, feszes izom-zattal a medencefenék alkalmassá válik fiziológias feladata betöltésére.

Mammográfiás központok, szűrőállomások

Megye, főváros	Az intézmény neve	cím	telefon/fax
Bács-Kiskun	Bajai Kórház (MSZA)	6500 Baja, Rókus u. 10.	79/422-233 f: 79/425-575
Bács-Kiskun	Margit Kórház, Csorna	9300 Csorna, Soproni u. 64.	96/593-600 f: 96/593-000
Bács-Kiskun	Bács-Kiskun megyei Önkormányzat Kórháza	6000 Kecskemét, Nyíri út 38.	76/516-700 f: 76/481-219
Baranya	Baranya megyei Kórház	7623 Pécs, Rákóczi út 2.	72/232-666 f: 72/213-025
Baranya	Pécs M.J.V. Egyesített Egészségügyi Intézmények	7633 Pécs, Dr. Veress Endre u. 2.	72/255-833 f: 72/253-832
Baranya	PTE ÁOK Radiológiai Klinika	7624 Pécs, Ifjúság útja 13.	72/536-197 f: 72/536-199
Borsod-Abaúj-Zemplén	Megyei Kórház és Diósgyőri Kórház	3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.	46/324-688 f: 46/323-694
Borsod-Abaúj-Zemplén	Diósgyőri Kórház	3509 Miskolc, Kórház út 1.	46/370-232 f: 46/532-339
Borsod-Abaúj-Zemplén	Simmelweis Kórház-Rendelőintézet és AA-MED Orvosi Ker. Kft	3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.	46/363-333 f: 46/562-551
Békés	Orosháza Városi Önkormányzati Kórház	5900 Orosháza, Könd u. 59.	68/411-166
Budapest	MaMma Klinika Rt.	1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6.	1/214-9713 f: 1/214-9713
Budapest	Országos Onkológiai Intézet	1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.	1/224-8600 f: 1/224-8620
Budapest	Fővárosi. Önkormányzat. Szent János Kórház és Rendelőintézet	1125 Budapest, Diósárok u. 1-3.	1/458-3510 f: 1/458-4656
Budapest	HT Medical Center Kft. (MSZA)	1173 Budapest, Pesti út 177.	1/256-4655 f: 1/257-57341
Budapest	Simmelweis Egyetem ÁOK Budapest	1085 Budapest, Üllői út 26.	1/210-0300 f: 1/210-0307
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Uzsoki u. Kórháza	1145 Budapest, Uzsoki u. 29.	1/251-5559 f: 1/251-7333
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórháza	1115 Budapest, Tétényi út 12-16.	1/203-3614 f: 1/203-3652
Csongrád	Szeged M.J.V. Önkormányzat. Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálat	6722 Szeged, Tisza Lajos krt. 97.	62/574-400 f: 62/471-711
Csongrád	Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radioló-giai Klinika	6701 Szeged, Korányi fasor 8.	62/545-433 f: 62/545-742
Csongrád	SZTE ÁOK Területi Kórház Központi Röntgenosztály	6601 Szentes, Sima F. u. 44-58.	63/313-244/130 m
Csongrád	SZTE ÁOK Erzsébet Kórház és Rendelő Röntgenosztály	6300 Hódmezővásárhely, Imre J. u. 2	62/244-211
Csongrád	SZTE ÁOK Dr. Diósszilági S. Kórház és Rendelő Röntgenosztály	6900 Makó, Kórház u. 2.	62/511-151
Fejér	Fejér megyei Szent György Kórház	8000 Székesfehérvár, Seregélyesi u. 3.	22/311-575 f: 22/312-955
Győr-Sopron	SMJV Erzsébet Kórház	9400 Sopron, Győri út 15.	99/312-120 f: 99/312-122
Győr-Sopron	Petz Aladár megyei Kórház	9023 Győr, Vasvári P. u. 2-4.	96/523-656 f: 96/440-167
Győr-Sopron	Margit Kórház Csorna	9300 Csorna, Soproni u. 64	96/261-222
Hajdú-Bihar	Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudo-mányi Centrum	4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.	52/411-717 f: 52/447-750
Hajdú-Bihar	Hajdú-Bihar M. Önkormányzat. Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet	4043 Debrecen, Bartók Béla u. 2-26.	52/320-577 f: 52/511-841
Heves	Heves M. Önkormányzat. Markhot Ferenc Kórház	3301 Eger, Pf. 15.	36/411-444 f: 36/411-444
Jász-Nagykun-Szolnok	MÁV Kórház Szolnok	5000 Szolnok, Verseghy u. 6-8.	56/426-633 f: 56/421-105
Nógrád	Szent Lázár megyei Kórház	3011Salgótarján, Füleki út 64.	32/310-222 f: 32/522-025
Pest	Pest M. Önkormányzat. Flór Ferenc Kórház	2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.	28/470-136 f: 28/473-256
Pest	Jávorszky Ödön Kórház, Vác	2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3.	27/314-496 f: 27/314-693
Somogy	Kaposi Mór megyei Kórház	7400 Kaposvár, Tallián Gyula u. 20-32.	82/501-300 f: 82/411-535
Szabolcs Szatmár	Sz-Sz-B M. Önkormányzat. Jósza András Kórház	4400. Nyiregyháza, Szt. István út 68.	42/461-072 f: 42/595-182
Szabolcs Szatmár	Mátészalka Területi Kórház Emelődiagnosztikai Centrum	4700 Mátészalka, Kórház u. 2-4.	44/501-542
Tolna	Tolna M. Önkormányzat. Kórháza	7100 Szekszárd, Béri Balogh Á. U 5-7.	74/501-601 f: 74/501-530
Vas	Vas M. Markusovszky Kórház	9701 Szombathely, Markusovszky u. 3.	94/515-631 f: 94/515-656
Veszprém	Veszprém M. Csolnoky Ferenc Kórház-Ren-delőintézet	8200 Veszprém, Kórház u. 1.	88/420-211 f: 1/210-0307
Zala	Zala megyei Kórház	8900 Zalaegerszeg, Zrínyi Miklós út 1.	92/507-500 f: 92/331-405
Zala	Nagykanizsa M.J. Város Kórháza (MSZA)	8800 Nagykanizsa, Szekeres József u.2-8.	93/502-000 f:

A hüvely gombás fertőzése az utóbbi időben lassan már népbetegségnek számít. A nők 75%-a élete során legalább egyszer, a fele többször is átesik ezen a fertőzésen. 5%-uknál rekuráló, azaz évente négy, vagy annál is többször visszatérő VVC-sal kell számolni, a következmény pedig a páciensek életminőségének jelentős romlása. Az akut- és krónikus recidiváló vulvovaginális candidosis kihívást jelent kezelőorvosnak, gyógyszer-gyártónak és gyógyszerforgalmazónak egyaránt.

Gyógyszergyárunk egyik sikertörténete kezdődött öt évvel ezelőtt a szisztémás gombaellenes szerként alkalmazható, flukonazol tartalmú Mycosyst és Mycosyst-Gyno bevezetésével. A Richter kutató-fejlesztő gárdáját dicséri, hogy a Mycosyst és a vvc kezelésére kifejlesztett Mycosyst-Gyno olyan első modern és mindenki számára hozzáférhető szisztémás antimikotikum volt, amelynek ipari méretű gyártását hazai technológiával valósítottuk meg. Ennek elismeréséül a termékcsalád a forgalomba hozatalát követő évben innovációs nagydíjat kapott. A Richter Gedeon Rt. és az orvostársadalom között fennálló állandó, aktív párbeszéd segíti az igények felmérését. Innen ismert az a gyakorlat is, miszerint a nőgyógyászok a hüvelyi gombás fertőzések kezelésében a szisztémás antimikotikumokat – elsősorban a Mycosyst-Gynot – 35%-ban önmagukban, 52%-ban lokális antimikotikummal és 13%-ban más gyógyszerrel kombinálva alkalmazzák. E felmérésből természetesen körvonalazódott számunkra a feladat: a már meglévő szisztémás mellé egy olyan lokális antimikotikumot bocsátani a kezelőorvosok és betegek rendelkezésére, amely hatékonyságban, az alkalmazás módjában újdonságot képvisel, és e kellemlen kórkép kezelésében előrelépést jelent.

A Richter Gedeon Rt. 2004 szeptemberétől egy új licence-termék forgalmazását kezdte el: a 2%-os butokonazol-nitrát tartalmú GYNAZOL hüvelykrémét. A készítmény gyártója az amerikai KV Pharmaceutical. A GYNAZOL hatóanyaga, a butokonazol-nitrát, egy olyan imidazol származék, mely a gombafal ergoszterol-szintézisét gátolja. A gyógyszer hatására megváltozik a sejtmembrán lipid összetétele és permeabilitása, csökken a sejt belüli ozmotikus nyomás, mely végül a gomba életképességének elvesztéséhez vezet. A hüvelyi gombás fertőzés okozója a megbetegedések 85%-ában a Candida (C.) albicans. A krónikus recidiváló candidiasis kialakulásában a C. albicans mellett a non-albicans fajok pl. a C. glabrata, C. crusei, C. tropicalis, C. parapsilosis is kóroki szerepet játszhatnak.

A butokonazol-nitrát széles spektrumú antimikotikum. Klinikai összehasonlító vizsgálat bizonyítja, hogy a butokonazol nagyságrendekkel kisebb koncentrációban hatékony (MIC₉₀-es érték) a három leggyakoribb Candida kórokozóval szemben (C. albicans, C. glabrata és C. parapsilosis) mint pl. a clotrimazol, a ketokonazol vagy a mikonazol. (1) A Center

GYNAZOL: A vulvovaginális candidosis (VVC) korszerű kezelése

for Disease Control (CDC) 2002-es, a vvc kezelésére vonatkozó ajánlásában a flukonazol mellett a butokonazol is fontos szerepet kapott. (2) A CDC protokoll jó támpont a kezelésben, ezért röviden ismertetjük. (lásd a táblázatot)

A GYNAZOL nemcsak hatóanyagában, hanem hatásmechanizmusában is újdonság, az ún. VagiSite® technológia (4) képviselője. Ezt az egyedülálló, lokális bioadhezív hatóanyag-felszabadító rendszert a GYNAZOL gyártója, a KV Pharmaceutical fejlesztette ki. A hatóanyag molekulák egy belső, vízdoldékony fázisban, molekuláris membrán csomagokban helyezkednek el, melyek egyrészt védik a butokonazol molekulákat,

másrészt biztosítják az egyenletes hatóanyag felszabadulást a hüvelyben. A globulumok a hüvely nyálkahártyájához kötődve kb. 4-5 napig fennálló biofilm réteget hoznak létre, mely biztosítja, hogy a hatóanyag nagy felületen, egyenletesen felszabadulva, maximális lokális hatást fejt ki. A globulumokból a hatóanyag ozmotikus változások hatására szabadul fel.

A VagiSite® technológiának köszönhető, hogy a butokonazol egyenletes, hosszantartó terápiás szintje a hüvelyben a GYNAZOL krém nem vagy csak minimális mértékben folyik ki a hüvelyből a GYNAZOL-lal kivitelezhető a beteg számára ked-

vező egyszeri adagolás, miközben a hatóanyag diffúziója több napon át hatékonyan zajlik a GYNAZOL kezelés hatására a tünetek már az első kezelési napon a betegek 74%-ánál enyhülnek vagy megszűnnek és a hatás hosszú távon fennmarad (5) A GYNAZOL az OEP által nem támogatott, vényköteles gyógyszer.

A GYNAZOL krém alkalmazása egyszerű, a mellékelt utasítás szerint a beteg egyedül is könnyűszerrel felhelyezheti a hüvelyébe.

A GYNAZOL forgalomba hozatalával a hüvelyi gombás fertőzések kezelésének új eszközt nyújtjuk át. Igyekeztünk kettős célt szolgálni: a betegség természetében végbemenő változásokra reagáló hatékony, széles spektrumú antimikotikummal bővíteni a terápiás fegyvertárat és egy könnyen alkalmazható, kényelmes és a tünetek gyors enyhülését eredményező gyógyszerrel segíteni a beteg gyógyulását.

Komplikált VVC kritériumai és kezelése
REKURRÁLÓ (évente 4-szer v. 4-nél többször jelentkezik) A kezelés alapelvei: 1.) kezdő : ■ 7-10 napos lokális kezelés; ■ 150 mg flukonazol kétszeri dózisban 3 napos különbséggel. 2.) fenntartó kezelés 6 hónapon keresztül: ■ clotrimazol 500 mg hüvelykúp hetente 1x; ■ flukonazol 150 mg hetente 1x (3); ■ ketokonazol 100 mg naponta; ■ itrakonazol 100 mg naponta 1x vagy havonta 400 mg. A partner kezelése – annak tünetmentessége esetén is – rekuráló vvc-ben megfontolandó. Balanitis tüneteinek meglétekor a partnert a nem komplikált vvc elvei szerint kell kezelni.
vagy SÚLYOS KLINIKAI TÜNETEKKEK JÁRÓ FORMA súlyos vulváris ödéma, erythema, kiterjedt hámsérülések. A kezelés alapelvei: ■ 7-10 napos lokális azol kezelés; ■ 150 mg flukonazol kétszeri dózisban 3 nap különbséggel.
vagy NON-ALBICANS A KÓROKOZÓ A kezelés alapelvei: ■ 7-14 napos lokális azol terápia javasolt; ■ rekuráló, makacs esetben 2 hetes borsav kezelés (600 mg zselatin kapszulában); ■ rekuráló non-albicans vvc eseteiben napi 100000 egység Nystatin hüvelykúp fenntartó kezelésként
vagy HAJLAMOSÍTÓ TÉNYEZŐK EGYÜTTES MEGLÉTE, pl. terhesség, diabetes, immunszuppresszióval járó állapot, corticosteroid terápia, debilítasa A kezelés alapelvei: ■ az alapbetegség terápiája mellett a szokásos antimikotikus terápiát hosszabb időn át (7-14 napig) kell alkalmazni.
Terhességben lokális azol kezelés ajánlott 7 napig. HIV fertőzés kezelése nem különbözik az itt felsorolt terápiás elvektől. Heti 1x200 mg flukonazol hosszantartó profilaxisa eredményes volt a C. albicans kolonizációjának leküzdésében és a vvc tüneteinek kezelésében, de rutin profilaxisra nem ajánlott.

■ : alternatív kezelési lehetőségek

Nem komplikált VVC kritériumai és kezelése
SPORADIKUSAN ELŐFORDULÓ VVC
vagy ENYHE LEFOLYÁSÚ VVC
vagy A KÓROKOZÓ VALÓSZÍNŰSÍTHETŐEN C. ALBICANS
vagy EGÉSZSÉGES IMMUNSTÁTUSZÚ NŐBETEGEN ALAKUL A kezelés alapelvei: 1.) lokális kezelés: ■ 2%-os butokonazol vaginális krém egyszeri adagban vagy 2%-os butakonazol vaginális krém 3 napig; ■ mikonazol 2%-os vaginális krém 5g 7 napig vagy 100 mg hüvelykúp 7 napig vagy 200 mg hüvelykúp 3 napig; ■ 100000 egység nystatint tartalmazó hüvelytabletta 14 napig; ■ tioconazol 6,5%-os vaginális kenőcs 5g egyszeri adagban; ■ terconazol 0,4%-os hüvelykrém 5g 7 napig vagy 0,8%-os hüvelykrém 5g 3 napig vagy 80g hüvelykúp 3 napig; ■ clotrimazol 5g 1%-os hüvelykrém 7-14 napig vagy 100 mg hüvelytabletta 7 napig vagy 2 db 100 mg hüvelytabletta 3 napig vagy 1 db 500 mg hüvelytabletta. 2.) szisztémás kezelés: ■ flukonazol 150 mg egyszeri adagban.

Irodalom:

- Lynch ME, Sobel JD: Comparative in vitro activity of antimycotic agents against pathogenic vaginal yeast infections J Med & Vet Mycology. 1994; 32:267-274
- Recommendations and Reports Vol. 51/RR-6 MMWR May 10, 2002
- Sobel JD et al: Maintenance Fluconazole Therapy for Recurrent Vulvovaginal Candidiasis N Engl J Med 351;9 August 26, 2004
- Thompson DJ, Levinson RS: A bioadhesive topical drug delivery system Drud Delivery Systems & Sciences 2002 Vol 2 No 1 Pages 17-19
- Brown et al.: Butoconazole Nitrate 2% for Vulvovaginal Candidiasis: New, single-dose vaginal cream formulation vs. Seven-day treatment with miconazole nitrate J Reprod Med 1999;44:933-938

Dr. Kálmán Anna, Gálné és dr. Knippel Barbara

A depresszió felismerése a nőgyógyászati gyakorlatban

A klinikai tünetekben is megnyilvánuló depresszió kétszer akkora eséllyel érinti a nőket, mint a másik nem képviselőit, és a szülészeti-nőgyógyászati gyakorlatban akár a betegek 50%-ában fennállhat a betegség vagy annak bizonyos tünetei.

Egyáltalán nem ritka, hogy a szülész-nőgyógyász az egyetlen, akivel a beteg kapcsolatba kerül az egészségügyi rendszer képviselői közül, ezért fontos feladatunk a depresszió felismerése és a beteg megfelelő szakemberhez irányítása. A szülész-nőgyógyász nem csak a szülés körüli időszakban kerül szembe a hozzá forduló nők depressziójának problémájával.

A súlyos depresszió (MDD, major depressive disorder) aránya akár 22% is lehet a nőgyógyászati gyakorlatban. E betegcsoportban gyakran rejtve marad a depresszió, jóllehet a nőgyógyászati vizsgálatok alkalmával elvégzett szűrés során kétszer olyan gyakran derül fény depresszióra, mint a terhesgondozás vagy az általános állapotfelmérés során.

A cikk címe („A depresszió felismerése a nőgyógyászati gyakorlatban”) provokatívnak tűnhet egy elfoglalt, gyakran túlterhelt nőgyógyász számára. „Mikor érek én erre rá...?” – hangozhat el a kérdés. A válasz viszonylag egyszerű: a depresszió felismerése és sikeres kezelése nemcsak a betegnek és családjának jó, hanem a nőgyógyász számára is sok időt takaríthat meg.

A depressziós betegek a sok – gyakran átípusos, és kezelésre nem vagy csak részlegesen javuló – panasz és tünet miatt az időigényes betegek közé tartoznak

a nőgyógyászati rendeléseken. Kimberly és munkatársai részletesen ismertetik a különböző depressziók diagnosztikai kritériumait.

Érdemes megjegyezni, hogy depresszió következtében a nők között is gyakori az étvágytalanság és a fogyás (!), és a depresszió gyakran szövődik alkoholabúzzal, dependenciával. Ez utóbbit érthetően titkolni szokták, azonban magyarázatot adhat az „ismeretlen eredetű” májnagyobbodásra és a kóros májfunkciós leletekre. A súlyosan szorongó betegeknél mindig gondoljunk a depresszió lehetőségére. A nőgyógyászati vizsgáló sok nőnél vált ki szorongást, s a gyakorló nőgyógyászok tudják, hogy ez néha milyen nehézségeket okoz, mennyi idejükbe kerül. Az öngyilkossági kockázat vizsgálatok értékes távolabbról megközelíteni a kérdést („Előfordul, hogy úgy érzi, nincs kedve élni?”), s utána rákérdezni, hogy „Gondolt már arra, hogy jobb lenne, ha nem élne?”, majd rákérdezni, hogy gondolt-e öngyilkosságra, ezt követően arra, hogy azt el is tervezte-e (pl. erre gyűjti a gyógyszert), s végül arra, hogy volt-e már ilyen kísérlete.

Az öngyilkossági kísérletet elkövetők kétharmada-háromnegyede depresszióban szenved, s közöttük kétszer annyi a nő, mint a férfi!

Kommentár Szerzője: Prof. dr. Bitter István

A teljes cikk megtalálható és elolvasható a Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle 2005. márciusi számában! Szerző: Kimberly A. Yonkers, MD, Megan V. Smith, MPH, Wendy L. Brunetto, MPH és Mary Aciri Cavaleri, LCSW

Balkezesség és emlőrák kapcsolata

Egy holland kutatócsoport több mint 12 ezer egészséges, középkorú nőnél vizsgálta a balkezesség és az emlőrák kapcsolatát, és megállapította, hogy több mint kétszer akkora a balkezeseknél a premenopauza idején kialakuló emlőrák kockázata. A kutatók megmérték a test bizonyos fizikai adatait, és figyelembe vettek olyan kockázati tényezőket, mint a gazdasági státus, a dohányzás, az emlőrák családi előfordulása és a nő reproduktív háttere. Megállapították, hogy valamennyi kockázati tényező mellett is fennáll az említett kapcsolat az emlőrák és a balkezesség között. A kutatók szerint ennek oka az lehet, hogy a méhben igen magas a nemi hormonok szintje. Ez hajlamosít a balkezességre, és ugyanakkor elválásokot okozhat az emlő szöveteiben.

Bár a hatásmechanizmusok még nem ismertek

– mondják a kutatók –, eredményeink megerősítik az a feltételezést, hogy a balkezesség és az emlőrák fokozott kockázata között összefüggés van. Az emlőrák Nagy-Britanniában a legelterjedtebb rákfajta, évente több mint 41 ezer új esetet diagnosztizálnak. A nők rákjainak mintegy egyharmadért felelős, és a kockázat egy a kilencből.

A balkezes nőknek nem kell azonban aggódniuk – mondja Emma Taggart, egy brit emlőrák-alapítvány elnöke. – Bár a holland tanulmány igen érdekes, nem szolgál kellő mennyiségű bizonyítékkal az összefüggés igazolására. Azt tanácsoljuk a nőknek, hogy éljenek egészséges életet, étrendjük legyen kiegyensúlyozott, igranak kevés alkoholt, és végezzenek rendszeres testmozgást. Ha valami elváltozást észlelnek, azonnal forduljanak orvoshoz.

The Daily Mail

Doppingbotrány az olimpián

Az éremeső és a többi sportoló tisztas helyt-állása mellett Magyarország athéni szereplésére immár minden idők legnagyobb magyar doppingbotránya is örökre rányomja bélyegét. Az öt diszkvalifikált sportoló által okozott erkölcsi kárhoz és szégyenhez csak a magyar sportdiplomás mélyrepülése mérhető.

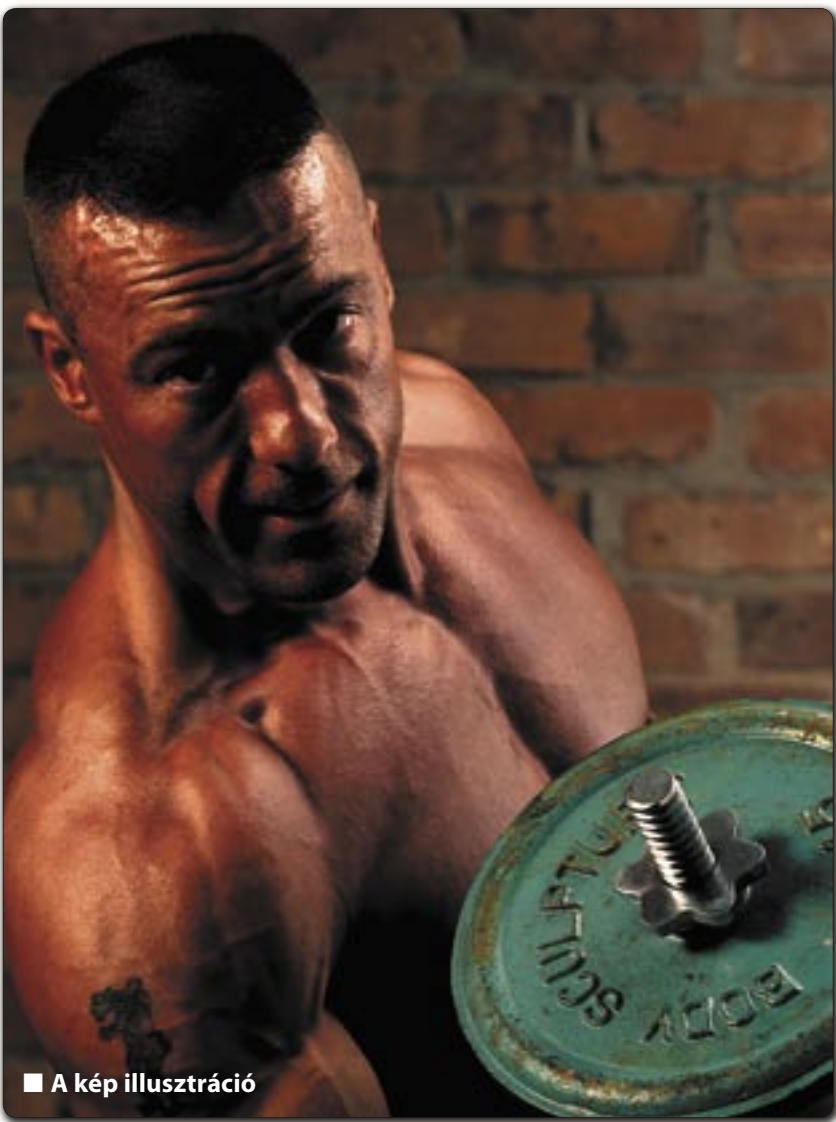
A kárhogy próbálja az ember összerakni a doppingtörténet két főszereplőjének, az azonos klubban, azonos edzővel készülő, az aranyérmeiktől egyaránt megfosztott kalapácsvető Annus Adrián és a diszkoszvető Fazekas Róbert athéni szereplését és az azóta bekövetkezett fejleményeket, nehéz nem arra a következtetésre jutni, hogy mindketten doppingoltak. (Csak a rend kedvéért: megbukott még Kecskés Zoltán, Kovács Zoltán és az ezüstérmet szerzett Gyurkovics Ferenc is, valamennyien súlyemelők.) És itt nem arra gondolunk, hogy a két nehéztárléta vétett a doppingellenes szabályok ellen, hiszen ez egyikük esetében sem kérdéses. Fazekas nem produkált elegendő vizeletet a verseny után, majd órákkal később, a felelősséget vállalva elhagyta a laboratóriumot, Annus pedig már Magyarországon, de még az olimpiai játékok ideje alatt nem volt hajlandó találkozni a Doppingellenes Világügynökség (World Anti-Doping Agency, WADA) ellenőreivel, hogy (ismét) vizeletmintát adjon nekik.

75 milliliter

Nehéz elképzelni, hogy egy hosszú évek, évtizedek óta keményen készülő, évente sokszor ellenőrzött sportoló az olimpiai győzelem kivívása után hagyja, hogy a doppingellenőrök felidegesítsék, és a pillanat hevében eldobja a dicsőséget, a becsületét és a győzelemért járó anyagiakat. Ha összerakjuk a Fazekas Róbert sikertelen vizelettesztjére vonatkozó információkat, a következő történet kerekedik ki: 70,93 méteres, aranyat érő dobása után *mintegy négy órán keresztül nem volt képes 75 milliliternyi (háromnegyed decilitert!) vizeletet adni*, noha saját elmondása (A szolás szabadsága – M 1, 2004. augusztus 30.) szerint is megívott a laborban bő kétliternyi folyadékot. Fazekas a WADA ellenőreinek arroganciájára („gestapós módszerekre”) panaszkodott: próbálkozásai közben közlelről vizsgálták, testüregeit kémlelték, egy pillanatra nem hagyták nyugton, ami miatt ideges lett, begörccsölt, és képtelen volt elengedni a vizeletét. A hírügynökségi tudósítások viszont név nélküli WADA-ellenőrökre hivatkoztak, akik szerint Fazekas furcsa, görnyedt testtartásban, a heréit markolászva próbált vizeletet kipréselni magából. Az atléta később arra panaszkodott, hogy egy korábbi feljelentő levél miatt a NOB és a doppingellenőrök rászálltak a magyar nehéztárlétre. Rájuk szálltak, na bumm, mondhatnánk, annál nagyobb elégtétel lett volna számukra a negatív doppinglelet. A diszkoszvetőnek több, igencsak kézenfekvő lehetősége lett volna, hogy elegendő mennyiségű vizeletet produkáljon. A sportoló befeküdhetett volna egy ellenőrzött kórházi helyiségbe pihenni, és reggel minden bizonnyal nem okozott volna gondot a vizeletadás. Vagy kérhette volna, hogy katéterezzék meg a laborban, ami azonnal megoldotta volna a mennyiségi problémát. Helyette még az éjszaka közepén távozott, amivel viszont megszegte a doppingellenes szabályzatot.

– 25 milliliternyi vizeletből nem lehet előírtas doppingvizsgálatot végezni! közölte a Magyar Narancssal dr. Hollósi Ildikó, a Sportkórház doppingellenőrző laboratóriumának vezetője. A 75 milliliterre vonatkozó szabályt, mint mondja, nem véletlenül találták ki: a doppinglaborokra szigorú minőségbiztosítási szabályok vonatkoznak, és azért kell a mintához 50 milliliternyi minta, hogy a (WADA-lista szerint több mint száz különböző tiltott vegyületre vonatkozó) vizsgálatosorozat az egyes, esetleg elrontott tesztek megismétlésének lehetőségét is magában foglalva biztonságosan elvégezhető legyen. A 25 milliliteres B mintán már csak az A-n pozitív eredményt mutatott hatóanyagokra végzik el az ellenőrzést.

A WADA elnöke, Richard W. Pound egy skót lapnak úgy nyilatkozott, hogy Fazekas amellet, hogy kevés vizeletet adott, a testében elhelyezett ballonból próbált idegen vizeletmintát produkálni. Ha Fazekas valóban ballonból pisilt (szakszóval „öntött”), az sokkal egyértelműbb és hitelesebb bizonyíték lett volna a csalásra, mint a kevés vizelet, és sokkal jobban megfelelt volna a WADA azon állítólágos célkitűzé-



■ A kép illusztráció

seinek, hogy pozitív esetekkel bizonyítsa a NOB és a közvélemény felé igazát. Ezért is forszírozta a vizsgálatot.

Dr. Tenke Péter, a Jahn Ferenc Kórház urológus főorvosa szerint nincs semmilyen gyakorlati akadálya azoknak a megoldásoknak, melyek szerint a végbélbe vagy a herezacskó tájékára helyezett tartályból vékony csövön a húgycsőbe vagy annak végéhez vezetik az idegen vizeletet. Ugyanígy nincs különösebb akadálya vagy veszélye annak, hogy idegen vizeletet katéteren át a húgyhólyagba juttassanak: az önkatéterezést sok beteg maga végzi, a vizelet pedig általában teljesen steril. A szakember szerint ilyenkor inkább az időfaktor okozhat problémát, normális esetben ugyanis a saját vizelet elválasztása sem áll le, vagyis nincs sok idő a „sikeres” mintaadásig. A történetek ismeretében az tűnik a legvalószínűbbnek, hogy Fazekas Róbert a testébe helyezett tartályból „öntött” 25 milliliternyi, feltehetően tiszta mintát, ám vagy az ellenőrök még számára is szokatlan ébersége, vagy a sok elfogyasztott folyadék miatt fokozódó vizeleti ingere miatt nem tudta folytatni a manipulációt. Az, hogy a WADA (legjobb tudomásunk szerint) nem vizsgálta meg a leadott mintát, nem csoda: a várhatóan negatív eredmény gyengítette volna Fazekas diszkvalifikációjának megalapozottságát. Annus Adrián is csak ideig-óráig tudhatta magát biztonságban: hiába adott két negatív mintát Athénban, és állhatott fel (Fazekassal ellentétben) a dobogó tetejére, és vehette át az aranyérmet, a diszkoszos klubtárs lebuktatásán felbátorodott ellenőrök a kalapácsvetőt hazautazása után idehaza is szerették volna tesztelni. Bármennyire jogszerű volt a NOB, illetve a WADA eljárása, és bármennyire logikusnak tűnt, hogy Annusék doppingoltak, a tények alapján viszont Annus két negatív doppingtesztet is produkálhatott. Erre a talányra egy megoldás tűnik elfogadhatónak: a WADA embereinek csak egy nappal Annus aranyérme után, Fazekas ellenőrzése közben tűnt fel valami stikli és ezért Annus produkciójára is ismét kíváncsiak lettek. *Annus azonban Fazekassal együtt a bokrok alatt hazaindult, miközben egyedül azzal védhette volna meg magát, ha kiáll a nyilvánosság elé.* Itthon aztán elkezdődött a százalmas bujkálás a nyilvánosság és az ide érkező WADA-team elől, amit a közismerten „szigorú” hazai ellenőrök előtt leadott és a bécsi, a NOB által akkreditált laborba kiküldött önfelmentő vizeletminta tragikomédiája követett. Az Annus által Athénban leadott mintákról utóbb kiderült, hogy azok a szteroidprofil-vizsgálat tanúsága szerint két különböző személytől származnak. (Dr. Tenke Péter szerint biztosat csak a DNS-vizsgálat alapján tudhatnánk, ám a vizeletben lévő lemorzsolódott

hámsejtek gyorsan elbomlanak, ezért csak akkor van lehetőség Annus athéni mintáinak DNS-vizsgálatára, ha azokat azonnal megfelelően konzerválták.) Annus természetesen nem utazott el Athénba tisztázni magát, Jacques Rogge és a NOB végrehajtó bizottsága pedig nem tehetett mást, mint hogy elvette a szombathelyi kalapácsvető aranyát is.

Magyarázkodások

Eközben az Athénban tartózkodó magyar sportvezetők és sportdiplomáták hajmeresztő verbális ámokfutásba kezdtek. Egyetlen dologuk lett volna: minden tekintélyt latba kellett volna vetni annak érdekében, hogy a meggyanúsított sportolók fair és pártatlan elbírálásban részesüljenek. Ehelyett a magyar küldöttség tagjaihoz a következő megnyilvánulások kötődnek: Mérei László szövetségi kapitány szerint Fazekasnak mindig is nehezen ment a vizeletadás, a magyar olimpiai csapat vezetője, Molnár Zoltán újabb mintaadási lehetőségben bízott, Gyulai István, a Nemzetközi Atlétikai Szövetség főtitkára (!) pedig rágalomról beszélt, és arról, hogy a leadott mennyiséget ellenőrizze a WADA. *Pikó Károly csapatorvos beszámolója szerint az ellenőrök megfogták Fazekas nemi szervét (ennek igen kicsi a valószínűsége, mivel a szabályok szerint az ellenőr nem érintheti meg a versenyzőt), Dolovai Tamás, a Magyar Súlyemelő Szövetség elnöke pedig kifejtette, hogy nem bízik az athéni doppinglabor megbízhatóságában.* A legsúlyosabb dologt Kamuti Jenő, a NOB orvosi bizottsága tagjához (!) fűződik, aki Fazekas apologetájaként nagy igyekezetében bejelentette, hogy a diszkoszvető által leadott mintát megvizsgálták, és az negatívnak bizonyult, ám ezt nem vették figyelembe: mindebből egy szó sem volt igaz. Ekkor még Schmitt Pál következetesen nyilatkozott, aki szerint Fazekas súlyos hibát követett el azzal, hogy elhagyta az ellenőrző helyiséget. Schmitt azonban később jócskán lerombolta ezt a nimbuszt, amikor az Annus ügyét vizsgáló NOB-bizottság előtt védelmébe vette az atlétát, majd a már kormányfőként tevékenykedő sportminiszter Gyurcsány Ferenc nyakába próbálta varrni a doppingügy felelősségét. Annus Adrián, Fazekas Róbert és valamennyi sportilletékes – beleértve a csapathoz tartozó orvosszakembereket is – mind a mai napig adósok azzal a magyarázattal, amellyel helyrehozhatnák a részben általuk okozott kárt, és az önsajnálaton és a mind százalmasabb önigazolási kísérleteken túlélve együtt elmondanák, hogy miként történhetett mindez meg velük és velünk. Hatásos doppingellenes propaganda lenne.

MAGYAR NARANCS NYOMÁN

A dopping és a háziorvosi gyakorlat

Az athéni olimpiai játékokon történtek különös aktualitást adnak e tanulmányoknak. A jogi és erkölcsi tanulságokkal való foglalkozás nem kompetenciám. Hangsúlyozni szeretném, hogy a szabadidős és a versenysportot űzők közül egyedi problémáikkal számosan keresik fel a háziorvosukat is. Tanácsot kérnek a táplálkozásról, a testsúlykontrollról, a stressz-oldásról. Szakmai és emberi kötelességünk a doppingerek, az élvezeti szerek, az étrend-kiegészítők alkalmazásáról vagy kerüléséről való tájékoztatás, az esetleges „helyettesítő alternatívák” elfogadtatása.

A veszélyekről és a doppingolás definiálásáról

A tiltás fő okai:

- 1.) A szerek nem orvosi javaslatra történő használata visszaélésekhez vezethet, aminek súlyos medicánális következményei lehetnek.
- 2.) Sérti az esélyegyenlőség, a fair play szellemét.

Természetesen, ezek másképpen érvényesülnek a verseny-, illetve a szabadidősportban. Az előbbi esetben szabályozott az alkalmassági, sportorvosi vizsgálaton való részvétel. Az utóbbi esetben sok, csak a „fitnesz-szellem” az erkölcsi megakadályozó az anabolikus szerek gátlástalan használatában. A versenysportban az esélyegyenlőség elve sérül, míg a szabadidősportban talán az egészségkárosodás az általánosabb. Természetesen, a megkülönböztetés mesterséges, inkább csak metodikai.

Külön kell kezelni azt a devianciát, miszerint sok ezer fiatal ellenőrzés nélkül használ anabolikus szteroidokat, növekedési hormont, stb. A 2001-ben hozott doppingellenes kormányrendelet mellett – amelyik a versenysportban történő doppingolást szankcionálja (99/2001. VI.20.) – valamennyi gyakorló orvos kötelessége ezen „sportjárvány” elleni küzdelem. Ehhez ismernünk kell a doppingolás definícióját, amelyet a Nemzetközi Doppingellenes Ügynökség (World Antidoping Agency – WADA) a 2003. március 5-én véglegesített. Ennek első cikkjében így fogalmaznak: „...a doppingolás egy vagy több, a Szabályzat 2.1.-2.8. pontjában meghatározott doppingvétség megvalósítása”.

A doppingvétségek:

- Tiltott anyagnak vagy származékainak jelenléte a sportoló testéből származó mintában. A sportoló egyéni felelőssége mindezen esetekben abszolút. Nem szükséges annak a bizonyítása, hogy szándékosság, önhiba, gondatlanság okozza-e!
- Tiltott anyag használatának a kísérlete.
- Mintaszolgáltatási kötelezettség megtagadása, illetve akadályoztatása.
- Sportolók versenyen kívüli rendelkezésére (hollétére) vonatkozó információk elmulasztása.
- Ellenőrzések valamelyik elemének a manipulálása vagy ennek a kísérlete.
- Tiltott anyagok vagy módszerek birtoklása s ezekkel való üzletelés.
- Tiltott anyagok, módszerek alkalmazásánál felbujtói, bűnszegédi vétség, illetve ennek a kísérlete.

Gyakori a tájékoztatlanság a doppingnak számító szerek vonatkozásában, azaz igen gyakori, hogy a sportoló olyan szert használ, aminek valamelyik komponense a tiltó listán szerepel. Meggyőződése, hogy a kollégák nem tudatosan állítanak ki ilyen jellegű, hatáskomponensű recepteket vagy javasolnak gyógyszereket. A gyógyszeripar sem doppingszereket gyárt, hanem megelőzésre, gyógyításra alkalmas készítményeket. A nem előírtaknak megfelelő használattal válhatnak azzá.

És való igaz: teljesítménynyövekedés is lehet a cél. A teljesítménynyövelés érdekében is igyekeznek egyesek „kihasználni a mellékhatásokat”. A gyors eredményesség, a fáradtság-küszöb kitolása vagy a gyorsított fogyás, edzőmunka csökkentő lehet. Egyeseket mindez könnyen bűnbe csábíthat. Arról pedig elfelejtkeznek, hogy a teljesítménynyövelés ezen fals útjainak ára is van: az egészségük károsodása. A negatív feed back mindnyájunk számára közismert, azonban csak kevesen járatosak ezen világban annyira, hogy megértsék és elfogadják a nem teljesítménynyövelők egyes csoportjainak eltiltási okait.

Háziorvosi gyakorlat

A legveszélyesebb hatású (mellékhatású) anabolikus szteroidokat, fehérjetermészetű hormonokat nem mi írjuk fel. A rutin során alkalmazott fogamzásgátlók, antibiotikumok, engedélyezett étrend-kiegészítők nincsenek a listán. Az efedrin tartalmú szerek szedését egy héttel a versenyek előtt fel kell függeszteni (pl. szemcseppek, fülcseppek, stb.). Figyeljünk a dózisokra, a pelypragmasiára, a keresztreakciókra, de még az egyes vitaminok kombinációira is.

Kötelességünk, különösen testépítőknél a mérték nélkül alkalmazott és nem háziorvosok által felírt anabolitikus szteroidok, a növekedési hormonok okozta májkárosodásokra, urológiai morbuszokra odafigyelnünk. Figyelmeztessük a szedőket a feketepiaci úton, illetve marketing úton beszerzett szerek hamisságára is. Gyakran felteszik a kérdést nekünk is, hogy van-e a doppingnak alternatívája? A kis mennyiség is káros orvosi felügyelet mellett? Igen, van más út, és nincs orvosilag ellenőrzött, elfogadott doppingolás!

A teljesítményt az alábbiak segítségével is tudjuk pozitívan befolyásolni, káros mellékhatások nélkül. Így a sportspecifikus táplálkozással, a folyadékot pótló izotómiás italokkal, a rendszeres regenerációval, a góckutatással és szanálással, a mentális tréninggel, és nem utolsósorban az OETI, KERMI engedélyekkel bíró jó minőségű, célzott hatású étrend-kiegészítőkkel.

A doppinglistáról

A doppingellenes világszabályzat (World Anti-Doping Code, WADC) 2004. márciusi, az athéni olimpián érvényes versenyekre vonatkozó listája kilenc különböző tiltott hatóanyagcsoportot és három tiltott módszert sorol fel:

Tiltott hatóanyagok a verseny során:

- 1.) Stimulánsok (pl. amfetamin, cathine, efedrin, kokain, sztrichnin.)
- 2.) Narkotikumok (pl. heroin)
- 3.) Kanabiszszármazékok
- 4.) Anabolikus (izomépítő) hatóanyagok (pl. anabolikus szteroidok, nemi hormonok, clenbuterol)
- 5.) Peptid hormonok (pl. EPO, növekedési hormon)
- 6.) Béta-2 serkentők (pl. asztmaellenes aeroszolok)
- 7.) Ösztrogéngátló hatóanyagok - csak férfiaknál
- 8.) Tiltott hatóanyag jelenlétének kimutatását megnehezítő anyagok (pl. vizelethajtók)
- 9.) Glükokortikoszteroidok

Módszerek

- 1.) A vér oxigénszállító kapacitásának növelése (pl. vérdopping, hemoglobin alapú vérpótlékok)
- 2.) Gyógyszerészeti, vegyi vagy fizikai manipuláció (pl. katéterezés, vizeletcsere és -manipuláció pl. katéterezés, vizeletcsere és -manipuláció)
- 3.) Géndopping

A WADC a felsoroltak mellett specifikusan egyes sportágakhoz kötve tiltja még pl. az alkohol és a béta-blokkolók használatát.

Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő
Irodalom a szerzőnél: lacacse@frenius.hu

DOPPING KÉRDÉS

Klinikum

Enuresis nocturna és Encopresis vegyes praxisban

A kiválasztás zavarai igen gyakoriak a gyermekkorban. Az álszemérmesség, a téves társadalmi megítélés és az alapellátásban a hiányos kivizsgálás, ellátás és beteg-vezetés miatt tartottam célszerűnek tapasztalataimat közölni. Különös hangsúlyt fektettem a pszichológiai esszenciákra.

Enuresis nocturna

Etiológia
A bevezelés, enuresis magatartászavarnak minősül öt éves kor után. A prevalencia nehezen megbecsülhető a titkolódzások, a spontán gyógyulások, a bizonytalan diagnosisk miatt. Angolszász felmérések szerint az alsó tagozatos iskolások 20%-ánál fordul elő. (1) (2) Hazai adatok 15-20% közötti előfordulási gyakoriságra utalnak. (3) (4) (5) A fiúknál kétszer gyakrabban jelentkezik, életkortól függetlenül. (6) A nappali (diurna) és az éjszakai (nocturna) primer formája a születés után két-három évvel fordul elő. A szekunderről akkor beszélünk, ha a hat hónapig meglévő szobatisztaság után a gyermek rendszeresen bevizel. A kiváltó okokat az alábbiakban foglaltam össze, Dr. Szabó László után. (7)

- 1. táblázat: Az enuresis nocturna etiológiája**
Fokozott vizelet kiválasztás:
- fokozott folyadékigény; ■ éjszakai diabetes mellitus;
 - diabetes mellitus; ■ vesebetegség.
- Ébredési zavarok:
- mély alvás; ■ felületes alvás; ■ alvási hypoxia.
- A húgyhólyag érintettsége:
- instabil detrusos működés: idiopatiás, infekciós, hypercalciuriás, tu-mor, urolithiasis, kifolyási akadály;
 - kis hólyagkapacitás: idiopatiás, obstipáció, tumor, instabilitás, allergia.
- Pszichés zavarok:
- családi okok; ■ közösségi, beilleszkedési előzmények;
 - egyéni konfliktusok.
- Beidegzési zavarok szerepe:
- a hólyag szabályozás késése;
 - Detrusos-sphyncter-dyssynergia; ■ neurogén okok.

A pszichés zavarok a szakmai köztudatban is az első helyen szerepelnek. Fontosak a bevezelés szekunder okaiként, de szerepük többnyire túlhangsúlyozott, ritkább esetekben alábecsült. A háziorvosi gyakorlatban fontos a korrekt pszichológiai ismeretek alkalmazásához a tárgyalagos ismeretük. Ezért kívánok rövid kitérőt tenni ezen a területen. (8) (9) (10)
A klasszikus pszichoanalízis képviselői közül egyesek az enuresist a gyermekkori szexuális konfliktusokkal hozták összefüggésbe. Az elfojtott önkielégítéssel vagy a nemi identitás zavaaraival. Mások, analis regresszióknak minősítették, figyelem- és segítségkérésnek. (A klinikai tapasztalatok számtalan esetben a másodlagos eredetűekben ezt igazolták. A primer enuresisnél viszont nem találtak oksági összefüggést az emocionális zavar és a bepisilés között. Nyilvánvalóan az enuresis minden esetben lelki konfliktusokat provokálhat.) (11) (12)
A magatartás genetikai kutatások arra utalnak, hogy mind a két szülő érintettsége esetén közel 80%-os a gyerekek ágybavizelése. (13) (14)
Vannak, akik ezt vitatják (15) (16) és a szülők hibás szoktatási módszereit hangsúlyozzák. (Az ikerkutatások szerint az egyetértéknél 70%-ban, a képtetjűeknél 30%-ban gyakori az előfordulás.) (17) (18)
Vannak adatok a primer enuresisben szenvedőknél, az EEG-alvásmintákban a fejlődésbeli lemaradásra, idegrendszeri éretlenségre. (Ezt jelzi az ún. „mélyalvás”). A genetikai effektust jelzi a primer csoportban a csökkent hólyagkapacitás a gyakori vizelet ingerrel és a csökkent kiürített mennyiség. (19) (20) Az említettek magyarázzák, hogy a klasszikus terápia nem mindig hatásos (kivéve a szekunder eseteket, amikor az emocionális sérülés valóban oka az enuresisnek). (21) Mindezekre a későbbiekben még visszatérek.

Diagnosztika a praxisban
A *szülők* segíthetnek itt is, amennyiben az alábbiakban feltüntetett vizsgálatokat elvégzik, illetve elvégzetetik. (22) (23)

- 2. táblázat: Otthoni vizsgálatok**
- 1.) A bevitt-ürített folyadékforgalom mérése, legalább két napon keresztül.
 - 2.) A reggeli első vizeletmennyiség.
 - 3.) Bevezelési naptár vezetése, ahol jelezve van az éjszakai és a nappali bevezelés, valamint a vizelet készletések is. (lásd 3. táblázat.)
 - 4.) A reggeli első vizeletsűrűség és fajsúly vizsgálata (laborban vagy rendelőben).
 - 5.) A vizelet általános és üledék vizsgálata a laborban.

3. táblázat: Folyadékforgalmi vizsgálati lap
(a szülők töltik ki)

Idő-pont	Fogyasztott folyadék (ml)	Ürített vizelet (ml)	Sűrgető vizelet inger igen nem	Bevezelés igen nem

Alkalmas a folyadékfogyasztás eloszlásának a követésére, az időzónák jelzésére, a mennyiség mérésére, a vizeletek számának, ürített mennyiségek paralellitásának értékelésére, s nem utolsósorban a készletések, korrekt, objektív megállapítására, a vizelet minőségének quantitatív-qualitatív követésére. (24) (25)

- 4. táblázat (26): A háziorvos feladatainak összefoglalása**
- 1.) Az anamnézis során a következőkre figyeljen:
A bevezelés kezdete, időtartama, napszaki megoszlása, a nappali vizelet szokások, a családi halmozódások és a perinatalis történések.
 - 2.) A laborvizsgálatok során a fehérje, genny, cukor és vér jelenlétét tisztázza. Üledék van-e? (fehérvérsejt és/vagy vörösvértetek)
 - 3.) A fizikális vizsgálat céljai:
A fejlődési rendellenességek, gyulladások kizárása, az aszimmetria-izomtónus, érző és mozgási kor s a funkcionális paraméterek követése.
 - 4.) A differenciáldiagnosztikai fajsúly mérése, illetve a vizelet beidegződése vizsgálatának első fokozatát a háziorvos is elvégezheti.
- a. A reggeli, a szomjaztatásos (ADH zavar, vesebetegség) fajsúlymérés.
- b. A vizelet elakadása beszéd, nyelés során, beidegződési zavarra utal.

Terápia

- 5. táblázat: Összefoglaló áttekintés**
- Nem gyógyszeres kezelés:
ADH analóg; – antikolinerg szerek; megerősítése; – kondicionálás; – akupunktúra; – természetgyógyászati ellátások.
 - Gyógyszeres kezelés:
ADH analóg; – antikolinerg szerek; – antidepresszánsok.
 - Kombinált kezelés:
A nem gyógyszeres és a gyógyszeres terápia együttes, ésszerű összehozása és legalább két szer használata.

Praxisomról
Rohamosan előregedő, rossz szociális helyzetű közösségekből és tanyákból áll, az ország észak-keleti peremén, a Bodrogházban. Keveseknek van életcéljuk, jövőképek, hitelekre és önkormányzati támogatásra számítnak, egyik napról a másikra élnek. A szülők jelentős része (közel 30%-a) így nevei a gyerekeket és az unokákat.

6. táblázat: A praxis lakosságszámának alakulása

Év	Összes betegem	Felnőttek	Gyerekek
1992	1200	920	280
1993	1250	950	300
1994	1281	986	295
1995	1270	983	287
1996	1247	967	280
1997	1289	1016	273
1998	1291	1026	265
1999	1302	1042	060
2000	1312	1062	250
2001	1293	1021	243
2002	1345	1105	240
2003	1333	1099	234
2004	1330	1100	230

A létszámingadozás az elköltözésekből, az előrege-déssel járó nagyszámú elhalálozásból adódik. 2004. december 31-én a praxis átlagéletkora 56 év volt, a GDP az országos átlag 25%-a, a munkanélküliség 50%-os volt.

Eseteim
2002, 2003, 2004-ben folyamatosan kiemeltem, ki-vizsgáltattam, kezeltem és gondozásba vettem a problémás eseteket. A korábban familiáris, medi-cinális okokból „elsikkadt” gyerekeket is felkutattam. A szülőkkel a védőnő és a házi ápolónő segítségével empatikus kapcsolatokat tudtam kialakítani, és jól működővé vált a gyerekekkel való compliance-om.

Természetesen tekintettel voltam a kiskorúságukra, és az ennek megfelelő személyiségi jogaikra. Négy-szemközt beszélgetésekkel, anonim kérdésfeltevések megteremtésével, őszintebb kitarukozási lehetősé-geket sikerült elérnünk. A folyamatos pszichológus bevonása eredményesnek bizonyult a kommuniká-ciókban, a kezelésben, valamint a rehabilitációban. (27) (28)

7. táblázat: Gyermek beteganyagom 2000-2002-ben

Életkor	2000	2001	2002
0-3 év	25	24	22
3-5 év	28	27	27
5-7 év	34	33	33
7-10 év	24	24	23
10-12 év	20	20	20
12-14 év	32	30	30
14-16 év	44	41	40
16-18 év	33	33	33
Összesen	240	234	230

8. táblázat: Alkalmazott diagnosztika

Otthon			
	2002	2003	2004
Bevitt és ürített	0	5	8
Reggeli ürített	0	5	8
Bevezelési naptár	2	5	8
Fajsúly	8	15	20
Általános és üledék	8	15	20
Folyadék-forgalmi lap	0	5	8
Vizsgált gyanús esetből	2	5	8

Háziorvosnál

	2002	2003	2004
Anamnézis	2	5	8
Bevezelés kezdete	2	5	8
Időtartam	2	5	8
Napszak	0	5	8
Nappali szokások	0	5	8
Családi halmozódások	2	5	8
Prinatalis	0	3	8
Labor: vizelet, genny, cukor és vér	8	15	20
Üledék fehér-vérsejt Vörösvér-testek	8	15	20
Fizikális vizsgálat	8	15	20

Differenciáldiagnosztika

	2002	2003	2004
Reggeli, ún. szomjaztatásos fajsúlymérés	2	3	5
Vizelet elakadás	0	0	1

2004-es év 1 db eseténél idegentestet találtunk egy 14 éves leánygyereknél. A szándékosság minden formáját neglta. (Véletlen?)

Terápiánk
Nem gyógyszeres: hólyag-gát tréninget, akupunk-túrát, természetgyógyászati eljárásokat nem alkalmaztunk. Az ún. felelősség megerősítésére és a kon-dicionálásra számtalan esetben sor került. (Utalok a 9. táblázatra.)

9. táblázat

	2003	2004	2002
Felelősség megerősítése	0	2	6
Kondicionálás	0	3	2

Gyógyszeres: ADH analóg alkalmazás 1 betegnél tör-tént 2002-ben.
Antikolinerg szereket, antidepresszánsokat, illetve anxiolytikumokat nem használtunk. A szakorvosok intézetben alkalmanként, rövid ideig és minimális dózisban használták. Kombinációs terápiában részes-ülő betegünk nem volt.
Kiemelt szerep jutott egyes viselkedés-terápiás módszereknek!

10. táblázat: Az ún. „ébresztéses technikák”

	2002	2003	2004
1.) A feltételezett időpont előtti felébresztés	1	3	6
2.) Az ébresztő készülék használata	0	1	2
3.) Visszaesés elkerülése végett terheléses kezelés alkalmazása	0	0	0
4.) Hólyagtréning és/vagy az ún. „odafigyelés” megtanítása szülői felügyelet mellett	1	5	8

Itt is szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy a szü-lők az enuresist sohasem szankcionálják. A gyerekek egyébként is nagyon szégyellik magukat, súlyos lel-ki konfliktusokkal küszködnek. Szemvednek a magá-nyosságtól és kirekesztettségétől, és önértékelési za-varaik vannak. Gyermekpszichológusok bevonásával (Miskolc, Nyíregyháza, Debrecen) 100%-ban eredmé-nyesnek bizonyul a kommunikáció, a betegkövetés, azaz a kezelés, a gondozás és a közvetett rehabilitáció, esetenként két éves követési idő alatt is.
Természetesen kritikusan viszonyultunk tapasztala-tainkhoz, és folyamatosan értékeltük, kijavítottuk hibáinkat is. Így törekedtünk a szorosabb familiáris, közösségi kapcsolatokra, s nem utolsósorban közelebb kerülni az egyes beteg gyerekekhez. Korrektebb diag-nosztikával, javuló compliance mellett, egyre újabb és újabb eseteket találtunk, 2003 első félévében 10-et.

Encopresis

A gyerekek a székletüket nem tudják tartani. Ez sze-rencsére jóval ritkább, mint az enuresis. Ugyanakkor sokkal súlyosabb magatartási zavar. Nappalra korlá-tozódik, az éjszakai irodalmi ritkaság. az encopresis is primer, illetve szekunder formákban jelentkezhet. (29) (30)
Három alapvető típusa ismert:
1.) A *manipulatív szennyezés*, amelyik tudatos visel-kedés. A család befolyásolására „használják”, az indu-latok kifejezésére, illetve a figyelem felkeltésére.
2.) A *krónikus hasmenésben szenvedők* így reagálnak a stressz helyzetekre, népiesen: „ijedtükben ...”.
3.) A *krónikus székrekedésben szenvedők* adják az en-copresisben szenvedők 80%-át. Nem érzik a székelési jelzéseket, „önkontroll vesztők”. Idővel kialakulhat az ún. „meg colon betegség”, aminek a megoldása min-dig sebészeti. 2000. január 1-től 2003 június 1-ig ilyen betegünk nem volt.



11. táblázat: Betegeink és pszichoterápiás ellátásuk

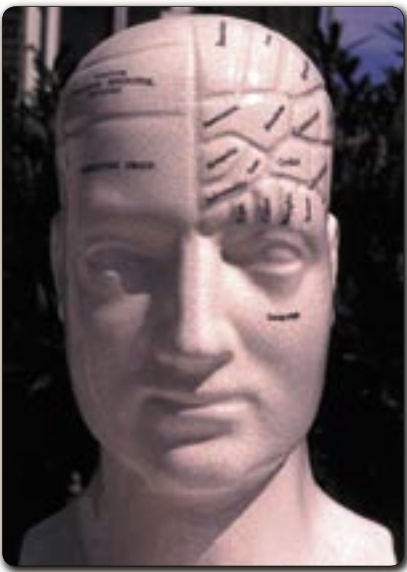
Betegeink	2002	2003	2004	2005 /I. félév
Manipulatív szennyezés	1	2	2	1 gyerek
Krónikus hasmenés	1	1	2	2 gyerek
Krónikus székrekedés	1	1	2	2 gyerek
Összesen	3	4	6	5 gyerek
Eredményes pszichoterápia	3	4	6	5 eset

A klasszikus pszichoanalízis szerint a manipulatív szennyezést és a krónikus székrekedést egyaránt a szülőkkel szembeni agresszivitás és az elfojtott in-dulatok indukálják. Egyesek gondolnak a szeretethi-ányra, illetve az elvesztésének a lehetőségére. (31) (32) Valószínűleg szerepe lehet a szobatisztaságra nevelés időszakában alkalmazott durva módszereknek is. (33) Ezért fontosak az ún. klasszikus pszichológiai mód-szerek, mint a rajz, a festés, a játékerápia, kiegészítve a családterápiával. (34)
A krónikus hasmenés a stresszek provokálják és vi-selkedés-, relaxációs technikákat igényelnek. Ilyenkor célszerű medicínális lehetőségünk, szükség szerint beöntés, alkalmilag hashajtók, illetve az étrend beál-lítása. Beöntést, hashajtókat mi nem használtunk, de az étrend át-, illetve beállítást valamennyi esetünk-nél bevezettük, eredményesen.

Összefoglalás

Reméljük, a sikeresen felismert, ellátott eseteinkkel felhívtuk a figyelmet a vegyes praxisokban is minden-napos kiválasztási zavarokra, a medicínális és psi-chooterápiás lehetőségekre. Számtalan pszichológiai kór-kép (pl. kényszerbetegség) kialakulását előzhetjük így meg.
» Dr. Salamon Sándor «

Irodalom
1. Lacgre G., Hjalmas K.: Nocturnal enuresis. Acta Paediatrica 88, 679-90. 1999. | 2. Carter A.S., Pollock R.A.: Obsessive compulsi-ve disorder in childhood. Current Opinion in Pediatrics 2000;12. (4) 325-30. | 3. Glazener C.M., Evans J.H.: Alarm interventions for nocturnal enuresis in chłndren. Cochrane Database Syst. Rev. 1, 2001. | 4. Kerpel-Fronius Ö.: Gyermekgyógyászat, 1971. | 5. Szabó L.: Enuresis nocturna 1992. Gyermekgyógyászat 44, 211-7, 1993. | 6. Szabó L.: Miért pisil be a gyerek. Urodemik kiadó, Miskolc, 1996. | 7. Szabó L.: Enuresis nocturna gyakorlati kérdései. Gyermekorvos, 2002. nov. Lévy/1 sz. | 8. A háziorvos kézikönyve. Budapest,1992. | 9. A családorvoslás kézikönyve, sajátos kérdései. Jegyzet, 1997. | 10. Vetró, Perr-Jones (editor): Gyermek- és ifjúságpszichiátria. Szeged, 1996. | 11. Waters T.L., Barrett P.M., March J.S.: Cognitive-behavioral thrapy of childhood OCD. Child. Pst. Clinics (American J.Psychothe-rapy, 2001;55. (3) 372-87. | 12. Szabó G.: Genetika. Debrecen, 1998. | 13. Szabó G.: Pszichiátriai betegségek és genetikai összefüggések. Debrecen, 1998. | 14. Beaudet A.L.: Genetics and disease. In Har-ison's Principles of Internal Medicine. 1998. | 15. Gelehrter T.D.: Principles of Medical Genetics. 1998. | 16. Riman D.L., Connor J.M.: Principles and Practice of Medical Genetics, 1997. | 17. Seashore W.R., Wappner R.S.: Genetics in Primary Care & Clinical Medicine. Appleton & Lange, 1996. | 18. Srachan T., Read A.P.: Human Mo-lecular Cenetics. Wiley-Liss, 1996. | 19. Ghosh S., Collins F.S.: The geneticist's approach to comlex disease. Ann.Rev.Med. 1996;47:333. | 20. Scriver C.R.: The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. 1995. | 21. Hans Ewerbeck: Gyermekkori elkülönítő diag-nosztika, 1989. | 22. Cinar U., Vural C., Kahir B.: Nocturnal enuresis and upper airway obstruction. int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 59 (2) 115-8, 2001. | 23. Jensen N.I., Kristensen G.: Frequency of nightl wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enu-resis. Scan. J. Urol. Nephrol. 35, 357-361, 2001. | 24. Parazella M.A.: Crystal inducad acute (chron.renal failure. Am.J.Med. 1999;106:459. | 25. Thadhani R., Pascual M.: Acute renal failure. N.Engl. J.Med. 1996;334:1148. | 26. Rudnick M.R.: Contrast media-associated. Se-min Nephrol. 1997;17:15. | 27. Ranschburg J.: A kiválasztás zavarai. „Esszencia” 3-4. 1999. | 28. Schukit M.A.: Difficult differential diagno-ses in psychiatry. J.Clin.Psychiatry. 1995;56:539. | 29. Katon W.: Col-laborative management to achieve treatment guidelines. (Impact) JAMA. 1995;273-1026. | 30. Encopresis csecsemőkor után. Gyermek-gyógyászat. Egyetemi jegyzet. Debrecen, 1998. | 31. Eisendrath S.J.: Factitious physical disorders. West J.Med. 1994;160:177. | 32. Chodakiewitz J.W.: Managing intractable pain/acut-chronic. West. J. Med. 1995;162:259. | 33. Eisendrath S.J.: Psychiatric aspects of chronic pain. Neurolog. 1995;45. | 34. JAMA patient page: Sexual dysfunction. 1999;281:584.



► az 1. oldal folytatása

A magyar ember azonban – leszámítva a hipochondereket és a társaságot ily módon keresőket – csak akkor fordul orvoshoz, ha beteg. Ez esetben is leginkább akkor, ha maga nem boldogul a nyavalyájával, nem használt az öngyógyszerezés sem, tehát, ha tényleg beteg. Egészségesen, panaszok nélkül eszébe nem jutna felkeresni egyetlen orvost sem.

„Panaszok nélkül nincs miért orvoshoz menni” – sajnos ez a szemlélet igen csak komoly gátat jelent a rák okozta mortalitás elleni küzdelemben. Magyarországon évente mintegy 30-35 000 ember hal meg különböző rosszindulatú megbetegedésekben. Öt-hatszáz fő méhnyakrákban, ami különösen értelmetlen halál, tekintettel arra, hogy rendszeres méhnyak szűrővizsgálattal már a még teljes mértékben tünet- és panaszmentes, rákmegelőző állapot felismerhető, s az időben megkezdett kezeléssel a betegség kifejlődése megakadályozható, illetve a még korai stádiumban lévő méhnyakrák esetében teljes értékű gyógyulás érhető el. Értelmetlen és teljes mértékben érthetetlen, hogy ebben a betegségben, amiben ma már senkinek sem lenne szabad meghalnia, Magyarországon ilyen magas a mortalitás, de még inkább érthetetlen, hogy a szűrőprogram keretében behívottaknak – a legfrissebb adatok szerint is – mindössze 3,9%-a (2004-es adatok szerint csak 2,7%) vett részt szűrésen. Az onkológus nőgyógyász szakma képviselői közül többen jelentős javulást várnak az egészségügyi tárca azon döntésétől, miszerint a jövőben az alapellátásban dolgozók, védőnők, asszisztensek, körzeti orvosok is elvégezhetik a méhnyakrák szűrést. Reményeik szerint az egyszerűsített szűrési módszerre kiképzett védőnők elérhetővé teszik a vizsgálatot azokon a településeken is, ahonnan eddig a távoli szakorvosi rendelőt csak kevesen keresték fel.

Dr. Ungár László, a Magyar Nőgyógyász Onkológiai Társaság elnöke úgy véli, hogy ez a lehetőség amellett, hogy költségtakarékos, azzal az eredménnyel is járna, hogy egy éven belül elérhető lesz a nyolcvanszázalékos átszűrtség, két év múlva a halálesetek akár a kétharmadának csökkennek, végül ez a daganattípus teljes mértékben „kiirtható”-vá válik.

„Nem az a baj, hogy nincs, aki szűrjön!”

– **Dr. Hernádi Zoltán egyetemi tanár a Debreceni Egyetem OEC Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék vezetője** sommázza ezekkel a szakmai véleményét a Látlelet kérdésre. Professzor úr a legnagyobb gondot abban látja, hogy nehéz az érintetteket a szűrővizsgálatokon való részvételre rávenni. Szerinte az alapellátásban dolgozóknak, kiemelten a védőnőknek a preventív tevékenységben, a meggyőzésben, a mozgósításban van jelentős szerepük.

A legértékesebb segítség – fejtette ki véleményét Hernádi professzor – a védőnők részéről a compliance, az együttműködés igényének felkeltése az általuk gondozott családok nőtagjaiban. Különösen fontos ez a magas kockázatú réteg esetében. Ők azok, akik rossz szociális körülmények között élnek, jellemző a dohányzás, a hiányos személyi higiéné, a gyakori partnerváltás, a több, sokszor abortusszal végződő terhesség. Ezer nőnél, aki szűrővizsgálaton részt vesz, ebből a körből tízszor nagyobb a kiszűrt pozitív esetek (~300 fő), ennek következtében a méhnyakrák (~10 fő) előfordulása, míg ez az arány a minimális

Még mindig a rákszűrésről

Félelmetes diagnózis

kockázatú csoportnál maximum 30 pozitív eset, 3 rák diagnózissal.

A szolgáltatói oldal biztosított. Elérhető módon rendelkezésre áll a megfelelő szakmai tárgyi és személyi feltételrendszer. Jó szervezéssel, csoportos behívással, az utaztatás biztosításával bárki bárholonnan eljuthat szakvizsgálatra, ahol a szűrést megbízható módon, jó minőségben elvégzik számára. Nem hagyható figyelmen kívül az esetleges műhiba perek lehetősége sem, amelyek veszélye a szűrővizsgálatok decentralizálásával megnőhet. Az észszerűség is inkább a szűrővizsgálatok összehozása, komplex szűrés megvalósítása irányába mutat. Ha már a szűrés legitímabb részét elvégezzük egy nőnél (méhnyak, petefészek), egyúttal elvégezhető lenne a rektális vizsgálat is. Az emlők, nyirokcsomók, pajzsmirigy tapintásával, a bőrfelület, szájuég áttekintésével összességében szűrhetőek lennének a női lakosságot legnagyobb arányban érintő daganatok. Az egy időben, egy helyen elvégzett vizsgálatok nagyobb biztonságérzetet jelentenek a páciensek számára, és ez vonzóbbá tenné a szűrővizsgálatokon való részvételt is. Ez utóbbiban – a részvételi arány növelésében – a médiának is rendkívüli felelőssége, szerepe van. Tudatosítani kell az emberekben a szűrővizsgálatok fontosságát, pozitív gondolatokat kellene közvetíteni. Az a lényeg – pszichikai megközelítés –, ha 1 000 elvégzett szűrés esetében 997 negatív eredményt hoz, az a lényeg, hogy ez annak a 997 embernek milyen megnyugvást jelent.

■ **Miért pont a méhnyakrák szűrése került ennyire előtérbe, hogy felmerült a szűrővizsgálatok elvégzésének szélesebb körre való kiterjesztése?**

Ezt lehet szűrni. A cytológiai kenetvizsgálatra alapozott lakossági szűrővizsgálatok eredményessége – az invazív méhnyakrákban megbetegedettek és meghaltak számának csökkenésével mérve – bizonyított. A méhnyak állapotának vizsgálatával eredményesen felfedezték a rákmegelőző állapot, vagy már igen korai stádiumban felismerhető a méhnyakrák. Ez rendkívül fontos, hiszen ekkor még jók a kilátások, és teljes értékű gyógyulás érhető el, sőt a fertilis korban lévő (a szűrés 25-65 év közötti nőket érint) esetében a későbbi gyermekvállalás is lehetségessé válik. További javulást jelent az a tény, hogy nem minden felismert rákmegelőző állapot fejlődik tovább daganatos betegséggé. A progresszív folyamat beindulásáért egy vírus, a Human Papilloma (HPV) jelenléte a felelős, s mivel ez már ismert, vakcinával meg lehet előzni. Az erre vonatkozó klinikai kiértékelések előrehaladott állapotban vannak. Komoly esély van rá, hogy a méhnyakrák ellen hamarosan védőoltás formájában szerezhesenek immunitást a fiatalok, még a nemi élet megkezdése előtt.

■ **Van olyan vélemény is, hogy megfelelő finanszírozás esetén a háziorvosok is részt vállalnának kenetvétellel a szűrővizsgálatokban.**

Szűrést csak jó minőségben szabad végezni! Ez elengedhetetlen ahhoz, hogy ne inogjon meg a páciensek bízalma az egészségügyi ellátó rendszerben. A háziorvosoknak van elég felelősségük. A szűrésben való részvételük legyen a preventív tevékenység része. Jelentős meggyőző, felvilágosító munkával segíthetik a megjelenési arány növekedését. A szűrőprogramok eredményességét leghasznosabban a hozzájuk tartozó betegek, illetve családtagjaik szűrésében való részvételének figyelemmel kísérésével tudják támogatni. Részt vehetnek koordinációs feladatok megoldásában, egy méhnyakrák szűrés monitorizáló program segítségével figyelemmel kísérhetnék az átszűrtség alakulását, a megjelentek, visszarendelték sorsát. A betegek biztonságérzetét figyelem előtt tartva sem célszerű az alapellátás és szakellátás kompetenciájának összehozása. Az egészségügyi szolgáltatások valamennyi résztvevőjének megvan a saját lehetőségeire, tárgyi-személyi feltételeire alapozható ellátási kötelezettsége, mely szinten a leghatékonyabban fejtheti ki tevékenységét.

A Látlelet kíváncsi volt a védőnők véleményére is

Dr. Kozmáné Gadus Mária védőnő úgy gondolja, hogy sok jó lehetőséget rejt magában ez az elképzelés, de véleménye szerint, a megvalósulást több tényező is akadályozza. Ésszerűnek látszik bevonni a területi védőnőket is a szűrőprogramba, mivel a védőnő az, aki a munkája során a legközelebb kerül a családokhoz. A várandósgondozás, a csecsemő és kisgyermekek védőnői ellátása mellett feladatkörébe tartozik a növédelem is, amely természetesen nem csak a fertilis korú nők körét jelenti, hanem kiterjed a család minden nőtagjára. A kialakított személyes kontaktus, a női együttérzés, a személyreszabott bánásmód nagy mértékben elősegítheti egy ilyen intim vizsgálat elvégzésének lehetőségét, sikerét. Fontos, hogy nő-nő(védőnő-nőpáciens) személyes, bizalmi kapcsolatán alapulhat ez a vizsgálat, talán ezért kecsegtethet azzal a reménnyel, hogy sikerülne a rossz szűrési arányszámokon egy kicsit változtatni. A jelenlegi részvételi arányok ismeretében, mint mondta: – *Sok veszténivaló egy ilyen próbálkozással nincs. Aki eddig is eljárt nőgyógyászhoz rendszeresen, valószínűleg ezután is így tesz; azok a nők azonban akik idő- vagy utazási lehetőség, vagy bátorság hiányában nem szánták el magukat, talán így megteszik ezt a hiányzó lépést. Ez a szűrési lehetőség igen nagy jelentőséggel bírna a falvakban, kisközségekben, tanyákon élők számára, azoknak, akik eddig valószínűleg a legkevesebb számban jutottak el a városok szűrőhelyeire.*

A védőnő által végzett cytológiai vizsgálathoz az szükséges, hogy felkészült, képzett legyen a szűrővizsgálatot végző, ezt megfelelő ráképzéssel, gyakorlati oktatással, vizsgával elérhető. Így ilyen feladat elvégzéséhez feltétel, hogy a védőnő rendelkezzen elegendő ráfordítható idővel, és nem utolsósorban szükség van megfelelő finanszírozásra. E kettő hiánya az, ami legjobban akadályozza az elképzelés kivitelezhetőségét. Hiszen a területi védőnők jelenleg is meglehetősen túlterheltek. A mostani szisztémában nincs elegendő idejük újabb feladat ellátását felvállalni. A távlati cél azonban a védőnői tevékenység átalakítása, melynek szükségességét egyes tendenciák (születés, gyermekszám csökkenése) meg is erősítik.

– *Mindenképpen kipróbálásra, modellezésre érdemesnek gondolom ezt az elképzelést. A próbák során elemezhetők, feltárhatók az előnyök, hátrányok, levonhatók a konzekvenciák, és tovább vagy újra lehet gondolni a kiindulási koncepciót.*

Szekeres Mária védőnő számára több ponton is aggályos a szűrővizsgálatokban való tömeges részvétel. Egyrészt, amennyiben az általa levett kenet pozitív, újabb, részben megismételt vizsgálatra van szükség. Így saját vizsgálatával csupán plusz terhet rótt a páciensre. Másrészt, s ez veszélyesebb, felő hogy a negatív eredmény, egyéb szűrővizsgálatok (méhtest, petefészek) elvégzésének hiányában, egyes nőknél hamis biztonságérzethez vezet.

Másképp ítéli meg a védőnő és a gondozott, vagy gondozandó nők kapcsolatát is. Szerinte a személyes elbeszélgetés, meggyőzés a szűrésben való részvétellel, több eredménnyel kecsegtet, mint orvosi vizsgálat eltűrésére rávenni őket. Ehhez a feladatellátáshoz nagy segítséget jelentene, ha a védőnők – körzetre, címekre lebontva – megkapnák azon nők névsorát, akik már voltak szűrésen. Ezzel elkerülhető lenne a szűrésen már részt vettek felesleges zaklatása, célirányosan kereshetnék fel az érintett asszonyokat.

A védőnők tapasztalatára, hely, helyzet, környezet és személyismeretére alapozva, a védőnői tevékenységben nagyon sok együttműködési lehetőség rejlik. Ezen lehetőségek helyes értékelésével, megfelelő módon történő kiaknázásával, az egészségügyi különböző szintjein szolgáltatást nyújtók összefogásával, lényegesen hatékonyabbá tehető a lakosság preventív egészségvédelme.

» Pigniczki Ágnes, Debrecen «

Az év kórháza

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



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

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

Az érdeklődők szeptember elejétől 2005. december 31-ig, egy külön erre a célra létrehozott oldalon (www.azevkorhaza.hu) szavazhatnak. A versenyben Magyarország összes államilag és önkormányzati finanszírozott kórháza és klinikája részt vesz, a szavazók név szerint vagy területi alapon kereshetik meg az értékelni kívánt intézményt. A verseny aktuális állása a honlapon folyamatosan nyomon követhető. A látogatók egy 5 fokú skálán – az iskolákban megszokott módon – osztályozhatják a kórházakat összesen 5 kategóriában: Orvosszakmai ellátás, Ápolás- és szakszemélyzet, Infrastruktúra, Ellátás, Környezet.

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

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

köszönhetően – korszerű számítógépekkel jutalmazták. A december 31-ig tartó kezdeményezés sikerét jól mutatja, hogy a szavazásra eddig közel 15.000 szavazat érkezett és bár a felmérés statisztikai értelemben nem reprezentatív, a beérkezett szavazatok száma (minta nagysága) alapján azonban érdemes belegpillantani az összesített eredményekbe.

Mind a számszerű értékelés, mind a kapcsolódó fórum (www.azevkorhaza.hu/forums) beírásai alapján úgy tűnik, hogy az érintettek összességében pozitívabban értékelik a magyar kórházakat, mint azt várni lehetett. **A szavazatok alapján számszerűleg összesített átlagérték- megközelítve a „jó” osztályzatot – 3,88 és a kapcsolódó fórum beírásai is főleg pozitív élményekről számolnak be** cáfolva a híres magyar pszichizmust. Kategóriánként szemlélve az eredményeket az előzetes elvárások látszanak igazolódni. Az „Orvos-szakmai ellátás” és az „Ápolás- és szakszemélyzet” összességében az átlagnál magasabb, a „Környezet és tisztaság” kategória nagyjából átlagos, az „Infrastruktúra” és az „Ellátás” pedig összességében az átlagnál rosszabb osztályzatokat kapott. Elmondható tehát, hogy az eddigi közel 15.000 szavazó szerint a magyar kórházak erőssége a **szakmai ellátás és a szakszemélyzet munkája**, a gyengéi pedig az **infrastrukturális és ellátási viszonyok**.

Területi megoszlás szerint áttekintve a szavazatokat viszont számos érdekesség látszik. Az egyes megyék, illetve a budapesti kerületek szerint (az adott területen lévő kórházak eredményeit summázva) összesített eredmények alapján négy megyének sikerült 4,0 feletti eredményt elérnie és csak egyetlen térség – a legrosszabb – teljesített 3,0 alatt.

Feltétlenül megemlítené, hogy az általában nem a legfejlettebb megyéknek számon tartott Szabolcs-Szatmár-Bereg megye holtversenyben (Zala megyével) jelenleg az első, és hogy a már említett egyetlen 3,0 alatti (2,73) eredményt egy fővárosi kerület produkálta. A fővárosi kerületek közül összesen csak egynek sikerült az országos átlagot meghaladnia, a többi kerület, a szavazatok alapján, az átlagot teljesíti. Az országos átlag elérése az összesen 33 megyét, kerületet összefoglaló lista 11. helyéhez elegendő

W.KOMM

Egészségpolitika

Ha nem megy a csapatnak, leváltják a kapitányt

► az 1. oldal folytatása

Sokkal inkább a menedzsment fárad bele a lehetetlen körülményekbe, vagy a sajnárú gazdasági helyzet miatt adódnak konfliktusai a kórházi kollektívával. Ilyen esetekben eljön az a pont, amikor a tulajdonos úgy tudja feloldani a feszültséget, hogy menedzsert vált. E megközelítésben Magyar Levente az ágazat hiányosságait teszi felelőssé, azokról pedig az elmúlt 15 év elmulasztott törvényhozási intézkedéseit. Bár nem tagadja, hogy a politikai is érintett a szakmában, úgy véli, hogy a menesztett vezetők ma már akkor is politikai döntést emlegetnek, amikor erre nincs reális alapjuk. Felhívta a figyelmet arra, hogy az önkormányzatok nem ragaszkodnak a kórházaihoz, mivel azok kettős finanszírozásából (az intézmények az ellátás díját az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól kapják, beruházásaitak azonban részben a helyhatóságoknak kellene fedezni) az önkormányzatokra eső terhek meghaladják a lehetőségeiket. Az intézményvezetők így gyakran két tűz közé kerülnek, és két

oldalról kapják a pofonokat – fogalmazott. Az elnök is egyetért azonban azzal, hogy a kialakult helyzet vezetett ahhoz, hogy nem lesz megfelelően jelentkező a vezetői posztok betöltésére. Mint mondat: egy-egy igazgatói posztra kiírt pályázatra már ma is jóformán csak egyvalaki jelentkezik, így a tulajdonosoknak nincs választásuk, kire bízzák kórházuk irányítását.

Varga Imre elmondta, hogy tudnak olyan önkormányzatról, amelyik a fenntartása alatt álló intézmény vezetőjét egy előnytelen szerződés megkötésére „késztette”, majd miután a gyakorlatban is kiderült, hogy a kontraktus kárt okoz, az aláíró főigazgatót tette felelőssé a káros kimenetelért. Úgy vélte, hogy ezek azok a túlkapások, amelyek válsághoz vezetnek. Az elnök ugyanakkor nem védi azokat a vezetőket, akik szakmai hibát vétenek, bár ennek mérlegelésére is felhívja a tulajdonosok figyelmét. Mint mondat: minden eset egyedi megítélés alá esik, a jelenlegi tendencia azonban magáért beszél, azon pedig csak vitával és megbeszélések révén lehet változtatni.

FIGYELŐNET

Látlelet

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-főszerkesztő: **dr. Salamon Sándor**,
tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1052),
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**
A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látlelet egymásutánítását a lapon található sorszámozás tükrözi.



Kutatásmódszertani és eredmény-összefoglaló a Magyar Hospice Alapítvány által koordinált és öt regionális központ által lefolytatott pszichoonkológiai kutatásról

2. rész (a 2005/10. szám folytatása)

A vizsgálati személyek

A vizsgálatunkban részt vevő személyek (összesen 927 fő) a kutatásban résztvevő öt regionális központból kerültek ki. Vegyesen vettek részt fekvő-, illetve járó betegek. Volt olyan központ, ahol – az ambulancia szűkossége miatt – csak a fekvő betegekkel lehetett felvenni a kérdőíveket. A kor behatárolt volt: 19 és 80 év közötti betegekkel vettük fel a kérdőíveket; kizártuk továbbá a terminális állapotban lévő betegeket.

A felhasznált mérőeszközök

A vizsgálatához a *Beleegyező nyilatkozaton* (► 1. mell.) kívül a következő mérőeszközöket használtuk fel: 1.) Az úgynevezett *Distress Thermometer*-t (*Hangulathőmérő*) és a hozzá kapcsolódó *Problémalistát* (► 2-3. mell.) 2.) A *Hospital Anxiety and Depression Scale*-t (Kórházi Szorongás és Depresszió Skála) (► 4. mell.) 3.) *Személyes kérdések* listáját (► 5. mell.) 4.) A *Betegségre vonatkozó adatok* listáját (► 6. mell.)

A *Distress Thermometer*-t olyan gyors szűrőeszközként fejlesztették ki, amely segítségére lehet a kórházi személyzetnek abban, hogy gyors és pontos képet nyerjen a beteg pszichés állapotáról. A vizuális analóg skála a hőmérőhöz hasonló módon az érzelmi distressz mértékét méri (Roth és mtsai., 1998). A distressz szó elfogadhatóbb és kevésbé hat stigmatizálóan a betegre, mintha pszichológiai vagy pszichiátriai „eset”-ként kezelnék (Holland és Gooen-Piels, 2000). Az értékek 0-10 között változnak, ahol a „0” a distressz hiányát jelenti („no distress”), míg a „10” az extrém mennyiségű distresszt („extreme distress”). A két szélső érték közötti középtér az „5”, ami mérsékelt distresszt jelöl („moderate distress”). Ezt az értéket Roth és munkatársai (1998) a mérőeszköz határértékének (cutoff-point) tekintik – aki ezen érték fölött van, annak további pszichoszociális támogatást javasolnak (Roth és mtsai., 1998; Holland és Gooen-Piels, 2000). Holland (1999), illetve Holland és Gooen-Piels (2000) munkájukban Roth-tól némileg eltérő verziót javasolnak: a *Distress Thermometer* ezen változata mellett nincs feltüntetve szövegesen a középtértek, azaz a „mérsékelt distressz”. A betegnek feltett kérdés a következőképpen hangzik: „Az elmúlt hét során mennyire volt „distresszelt?” („During the past week, how distressed have you been?” – Holland és Gooen-Piels, 2000, 948. o.).

A magyarra fordított *„Hangulathőmérő”* egy olyan mérőeszköz, amelyben a vizsgálati személy saját maga állíthatja be egy állítható, modell-hőmérőn a hangulatát. A betegnek feltett kérdés a következőképpen hangzik: „Hogyan érezte magát az elmúlt héten beleértve a mai napot is?”. A hőmérő „0” foka az „egyáltalán nem éreztem magam rosszul”, míg a „10”-es érték a „nagyon rosszul éreztem magam”.

A *Problémalista* (Problem List) a *Distress Thermometer*-hez tartozó lista, amelyen a beteg feltüntetheti distresszének eredetét: jelölheti gyakorlati (ezen belül anyagi), családi, érzelmi, lelki/vallási, és/vagy testi problémáit (Holland és Gooen-Piels, 2000). A mérőeszközt használó szerzők különböznek ennek a „kiegészítő” listának az alkalmazásában is: Roth és munkatársai (1998) egyáltalán nem alkalmazzák vizsgálatukban, Holland és Goen-Piels (2000) viszont a hőmérőhöz tartozó eszköznek tekintik, amellyel ellenőrizni lehet a distressz okait. Holland (1999) *Problémalista*-változata hasonló, de néhány pontban eltér a Holland és Goen-Piels (2000) által használttól. A magyar fordítás alapjául az előbbi (Holland, 1999) verzió szolgált. A *Problémalista* magyar instrukciója is ebből a verzióból született, amely így hangzik: „Kérjük jelölje meg, hogy az alábbiak közül volt-e, ami problémát okozott Önnek az elmúlt héten, beleértve a mai napot is! Kérjük tegyen X-et minden esetben az IGEN-hez vagy a NEM-hez.”

A *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* kérdőívet nem pszichiátriai zavarokban szenvedő ambuláns betegek önkitöltős szűrőeszközeként fejlesztette ki Zigmond és Snaith (1983). A 14 ítemes, 4 választásos eszköz 2 alskálára bontható: 7 kérdés vonatkozik a szorongásra, 7 pedig a depresszióra – ezek váltakoznak a kérdőív során. A válaszok értéke 0-3 pont között változik; az értékek összege 0-21 pont között van mindkét alskálán. A kérdőív pszichometriai mutatói jók, alkalmas a különböző pszichiátriai megbetegedések mérésére (Zigmond és Snaith 1983). A szerzők eszközük határértékét (cutoff-point) 8/9 illetve 10/11 pontban határozták meg mindegyik skálán, attól függően, hogy mire használják a mérőeszközt. A rákbetegek vizsgálatában különböző határértékek használatalosak; többen (például Roth és mtsai., 1998) a 15-ös határértéket veszik vizsgálaik alapjául, míg mások a 19-es határértéket veszik figyelembe (például Montgomery és mtsai., 2003).

Személyes kérdések

A személyes témákra vonatkozó rész első négy kérdése a beteg korára, nemére, legmagasabb iskolai végzettségére és arra vonatkozik, hogy együtt él-e valakivel. Ezután következik három olyan kérdés, amelyekre szöveges válasz adható. Ezek meglehetősen provokatív irányulnak arra, hogy a betegnek mennyire van betegségtudata, mennyire van tisztában betegségével,

megfogalmazza-e azt egy ismeretlen személy számára. Egy kérdés arra vonatkozik, hogy a beteg szed-e hangulatjavítót/nyugtatót, és ha igen, milyen.

Az utolsó kérdés az úgynevezett ECOG-státusz szubjektív része. Az ECOG-státusz egy orvosok és kutatók által használt skála, amelyből megítélik, hogy a beteg tünete előrejelző-e, kihat-e a beteg mindennapi tevékenységeire, meghatározza a kezelés megfelelő voltát, és a betegség prognózisát. A skála 0-5-ig terjed, ahol a „0” a teljes aktivitást, betegség előtti állapottal azonos teljesítményt jelöli, míg az „5” a halált (http://www.ecog.org/general/perf_stat.html). Ez utóbbit természetesen kihagytuk mind a szubjektív ECOG-skálából, mind a tényleges ECOG-státusz bejelölése során. A skála szubjektív ECOG része azért lehet fontos, hogy megtudjuk, a betegek mennyire vannak tisztában hogylétükkal, teljesítményükkel, és mindez mennyiben korrelál az egészségügyi személyzet által adott tényleges pontszámmal.

A *Betegségre vonatkozó adatok* arra vonatkoznak, hogy a beteg ambuláns vagy fekvő beteg-e, milyen típusú a kiinduló daganata, mikor fedezték fel elsődleges daganatát, van-e áttéte, ha igen, milyen. Az adatok vonatkoznak ezeken kívül az onkológiai kezelések típusára: a műtéti beavatkozások mennyiségére és időpontjára; a kemoterápiás illetve sugárterápiás kezelések számára és időpontjára, a hormonterápiára. Az adatok közé tartozik továbbá a tényleges ECOG-státusz, amelynek értéke 0-4 között változhat.

A szűrés, counselling

A tényleges szűrés nehezen működik a kórházakban, hiszen a legtöbb intézményben nagyon nagy a betegforgalom, szinte kontrollálhatatlan a betegek utánkövetése. Különösen vonatkozik ez a vidéki pszichoonkológiai ellátásra. Sok beteg nem fogadja el a pszichés segítséget, vagy ha elfogadja, néhány alkalom után nem tér vissza a rendelőbe.

Mindezek ellenére megpróbáltuk kutatásunkban utánkövetni a vizsgálatba bevont személyeket. Ez azonban csak néhány esetben sikerült. A szűréshez a regionális központoknak az ún. Counselling adatlapot kívántuk segítségül nyújtani (► 7. mell.).

Eredmények

Az alábbiakban összefoglalunk néhányat a legfontosabb eredmények közül, amelyeket vizsgálatunk során kaptunk:

1.) Legfontosabb feltevésünk egyértelműen beigazolódott, miszerint a betegek Hangulathőmérőn és HADS kérdőíven elért eredményei magas, szignifikáns korrelációban állnak egymással.

2.) Szintén fontos feltételezésünk volt, hogy a Hangulathőmérőn és a HADS-on kapott eredmények összefüggésben állnak a Problémalista érzelmi problémák pontszámával: minél magasabb értéket jelöl be a vizsgálati személy a Hangulathőmérőn és a HADS-on, annál több érzelmi problémára válaszol „igen”-nel. Az érzelmi problémák túlsúlya összefügg tehát a rossz hangulattal (és a szorongással, depresszióval is).

	Hangulat	HADS	Depresszió	Szorongás
Összes probléma (34 db)	0,416**	0,588**	0,53**	0,546**
Érzelmi problémák (összesen 5)	0,385**	0,57**	0,475**	0,568**

(Az összefüggések ** jelölésnél $p < 0,01$, * jelölésnél $p < 0,05$ szinten szignifikánsak)

3.) A HADS kérdőív depresszió illetve szorongás skálája szintén korrelál a testi problémákkal, ahogy eredetileg is feltételeztük. Ez azt jelenti, hogy valaki minél több testi problémát jelölt, annál jobban szorong illetve depressziós.

4.) A kor és a szorongás között negatív szignifikáns összefüggés mutatkozik ($r = -1,2$; $p < 0,01$); tehát a korrall csökken a szorongás. A korosztályok közül is leginkább a 30-59 közötti korosztály adatai értelmezhetők. A kor és a depresszió a szorongással ellentétben pozitív szignifikáns összefüggést mutat ($p = 0,01$); a korrall tehát valamennyire nő a depresszió az adott populációban.

5.) Szorongás tekintetében a nők szignifikánsan ($p < 0,001$) jobban szoronganak a férfiaknál; férfiaknál a HADS skálán elért szorongás 5,6, míg nőknél 7. A HADS összpontszáma a nőknél volt szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabb; a férfiak átlagosan 11,58-as pontszámot értek el, a nők 13,3-as pontszámával szemben.

6.) A Hangulathőmérőn nem mutatkoztak szignifikáns különbségek a nők és férfiak által elért pontszámok között. (Férfiak átlagos hangulata=3,5; nők=3,6).

7.) Érdekes eredmény, hogy a szorongásban ($p = 0,013$) és a hangulatban ($p < 0,001$) régiók szerint is mutatkoznak szignifikáns különbségek. A hangulatban különösen feltűnő, hogy Kecskemét nagyon alacsony értékeket ért el, míg Zalaegerszeg nagyon magasakat. DE! Ha kontrolláltuk a rák típusát, azt, hogy van-e áttéte a betegnek vagy sem, illetve, hogy járó vagy fekvő beteg-e, akkor eltűnt a régiók közti különbség!). A hangulatban a fenti változók kontrollálása

mellett is megmaradnak a régiók közti szignifikáns különbségek.

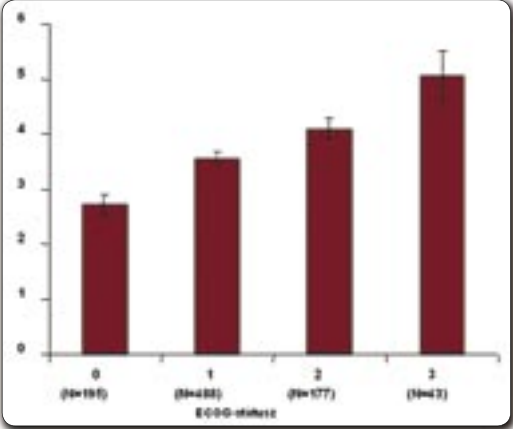
8.) A daganat típusa szerint szignifikáns különbség mutatkozott a szorongásban és a HADS értékeiben. A szorongásnál legrosszabb a nőgyógyászati daganatok esetén, ezután következik a mellrák, majd a tüdődaganat, beldaganat, végül a prosztata daganat.

9.) Minden pszichés mutatóban szignifikáns különbségek mutatkoztak az áttét nélküli és az áttétes betegek között: az áttéttel rendelkezők mutatói rosszabbak voltak. Az átlagok a következőképpen alakultak:

	Szorongás	Depresszió	HADS	Hangulathőmérő
Nincs áttét	6,3	5,5	11,8	3,2
Van áttét	7	6,8	13,8	4

Validitásvizsgálatok

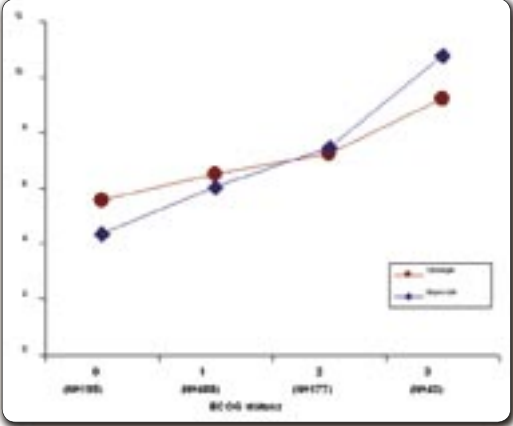
A Hangulathőmérő validitását az ismert csoportok összehasonlításával vizsgáltuk. Azt kaptuk, hogy a Hőmérő képes elkülöníteni egymástól a betegség különböző fázisában lévő pácienseket; minél előrehaladottabb fázisban van a beteg, annál magasabb értéket jelöl meg a Hőmérőn. A betegség különböző fázisait az ECOG-státusz alapján mértük.



1. ábra: Hangulat (0-10-ig egyre rosszabb)

A szorongást és a depressziót a Zigmond és Snaith által kidolgozott Kórházi Szorongás és Depresszió Skálával (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) mértük. Vizsgáltuk a kérdőív magyar változatának megbízhatóságát, és azt találtuk, hogy belső konzisztenciája magas; az egyes tételek közel ugyanazt mérik, mint a teljes skála. A Cronbach-alfa értékek mindkét skála esetén ideálisak voltak. A kijavított tételek item-tól korrelációja magas és szignifikáns volt minden tétel esetében.

A HADS-kérdőív validitását az ismert csoportok összehasonlításával mértük fel. Mind a szorongás, mind a depresszió-skálán magasabb értéket adtak azok a betegek, akik a betegség előrehaladottabb fázisában voltak.



2. ábra: HADS átlageredmények

Felmerült nehézségek a kutatás során

Módszertani problémák

A mérőeszközök magyarítása során több fordítási probléma adódott:

■ A *Distress thermometer*-nél az angol „distress” szó magyarul csak szakmai kontextusban alkalmazható, értelmezhető. A „distress” talán a szorongás és depresszió keverékeként értelmezhető, a magyar szavak közül a kétségbeesett, lehangolt, aggódó és feszült áll hozzá a legközelebb. A felsoroltak közül azonban egyik sem fejezi ki pontosan a jelentését. Ezért választottuk kutatásunkhoz a kicsit „semlegesebb” érzelmi állapotról vonatkozó „hangulat” szót – így jött létre a „Hangulathőmérő”.

■ A *Problémalista* esetén a magyarra fordítás során ugyancsak felléptek problémák, hiszen például a „biztosítás” („insurance”) az USA-ban valóban a gyakorlati problémák közé sorolható, Magyarországon ugyanakkor nincs túl nagy jelentősége. Ezért került be helyette az „anyagi helyzet”, mint gyakorlati probléma, amely ugyancsak a finansziális témakört érinti.

Probléma volt, hogy az előzetes egyeztetések, és a közös protokoll ellenére sem lehetett eléggé kontrollálni a kérdőív-felvétel előtt elhangzó instrukciókat, a kérdőív felvételének helyszínét. Valahol váróteremben, másol betegszobában; valahol zajban, máshol nyugodt körülmények között zajlott a kérdőívek felvétele, és mint tudjuk ezek a szempontok mind hatással lehetnek a beteg pszichés/hangulati/érzelmi állapotára.

A kutatás „nagy” szakaszában problémát jelentett az is, hogy a központok ekkor tapasztalták, hogy túl sokat vállaltak. Az előzetes felmérés (Pilot-kutatás) kapcsán nem derült ki, milyen nehéz lesz összeszedni a vállalt elemszámú beteget, hiszen sok volt a visszajáró-, vagy más daganattípusba sorolható beteg. Ezért volt olyan központ, ahol a vizsgálat ideje alatt módosították az eredetileg vállalt betegszámot.

Kommunikációs problémák

Hiába volt kitűnő a kapcsolat a kutatást koordináló Alapítvány és az öt regionális központ között, ennek ellenére felmerültek kisebb kommunikációs problémák. Ez adódott egyrészt a magyar egészségügyi infrastruktúrális hiányosságából (nehéz és/vagy rossz internet-hozzáférés), a szakemberek túlterheltségéből (találkozó időpontjának nehéz összeegyeztetése), valamint abból a tényből, hogy a már kitöltött kérdőíveket hogyan juttassák el a központok az Alapítványhoz (hiszen ebben személyes, és így postai úton nem szállítható adatokról volt szó). Minden kolléga összehangolt együttműködésére volt ahhoz szükség, hogy időben értesüljünk egymás adatairól, mindenhova időben odaérjenek a még kitöltetlen kérdőívek, illetve, hogy az Alapítványhoz beérkezzenek az adatok.

Továbbélési lehetőségek

Alapítványunknak ez volt az első nagy kutatása, amelyből természetesen fontos levonni a tanulságokat, tapasztalatokat, és lehetőség szerint továbbadni azokat. Ez az összefoglaló részben ezt a célt szolgálja.

A daganatos betegek vizsgálatát egyre jobban kibővível, egyre szélesebb társadalmi réteget érint. Ezért is születik oly sok tanulmány, publikáció a témában. Az alábbiakban – a teljesség igénye nélkül – felsoroljuk, hogy melyek azok a témák, amelyben fontosnak tartjuk a további vizsgálatot; mi az, ami esetleg kimaradt kutatásunkból:

- Betegek (vizsgálati személyek) szociokónómiai státuszának részletesebb elemzése – milyen fizetésű, milyen lakáskörülmények között él stb. személyekről van szó (ez további érdekes vizsgálati anyagot szolgáltatna).
- Nyugtató-szedéssel kapcsolatos kérdések bővítése/pontosítása (úgy tűnik, hogy magukhoz a beteghez szóló kérdés nem mindig szolgáltatja a megfelelő információt a valódi gyógyszereszedésről).
- Kérdéssor bővítése a dohányzás témakörében (ez is érdekes adatokat szolgáltatna a pszichés állapottal való összefüggésben).
- Szöveges válaszok tartalomelemzése (ez egy fontos, de igen nagy szaktudást, pénzt, és időt igénylő feladat lenne).
- Genetikai vizsgálat beiktatása a pszichés állapot felmérése mellett, stb.

Megbeszélés

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a 920 magyar daganatos beteg kiterjedő vizsgálat bebizonyította, hogy mindkét szűrésre használt eszköz valid és megbízható. Ennek alapján a magyar daganatos betegek pszichológiai állapota rossznak mondható. Érzelmi, fizikai, és, kisebb számban gyakorlati problémák miatt a betegek 40%-a magas szintű distresszről számolt be. Problémáik jelentős mértékben betegsüggükkel függnek össze. A betegek erős szorongásról és depresszióról is beszámoltak. Végezetül, levonhatjuk azt a következtetést, hogy a Hangulathőmérő alkalmas az erős distressztől és ehhez kapcsolódó problémáktól szenvedő betegek gyors szűrésére.

» Dr. Muszbek Katalin, Dr. Székely Anna, Balogh Éva Mária, Dr. Molnár Mária, Rohánszky Magdolna, Dr. Ruzsa Ágnes, Dr. Varga Katalin, Szöllösi Melinda, Vadász Piroska »

Felhasznált irodalom

• CHATURVEDI, S. K., MAGUIRE, P. (1998). Persistent somatization in cancer: a controlled follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (3), 249-256. | • ENDICOTT, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 53 (Suppl.), 2243-2249. | • MUSZBEK, (1994). Depressió előfordulása és jellegzetességei a daganatos betegségekben. *Psychiatria Hungarica* 9 (1), 49-54. | • GUER, P. (1994). An introduction to psycho-oncology. (First English Revised Edition). Routledge, London and New York. | • HOLLAND, J. C. (1998). Societal Views of Cancer and the Emergence of Psycho-oncology. In: Holland, J. C. (szerk.) *Psycho-oncology*, Oxford University Press, New York, 3-16. | • HOLLAND, J. C. (1999). NCCN Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress. *Oncology* 13 (1A), 459-507. | • HOLLAND, J. C., GOOEN-PIELS, J. (2000). Principles of psycho-oncology. In: BAST, R. C., KUFF, D. W., POLLOCK, R. E., WEICHELBAUM, R. R., HOLLAND, J. F., FREI, E., GANSLER, T. S. (szerk.) *Cancer Medicine*, 3rd Edition. BC Decker Inc., Ontario, Chapter 69, 949-958. | • MONTGOMERY, C., COCKOCK, M., TITLEY, K., LLOYD, K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research* 54, 289-292. | • MUSZBEK K. (1994). Depressió előfordulása és jellegzetességei a daganatos betegségekben. *Psychiatria Hungarica* 9 (1), 49-54. | • MUSZBEK K., BALOGH E., MOLNÁR M., ROHÁNSZKY M., VARGA K. (2004). Screening for distress of Hungarian cancer patients. Előadás az IPQS (International Psycho-Oncology Society) konferenciáján, 2004. augusztus 25-28. | • MUSZBEK, K., SZÉKELY, E. M., BALOGH, E. M., MOLNÁR, M., ROHÁNSZKY, M., RUZSA, A., VARGA, K., SZÖLLÖSI, M., VADÁSZ, P. (2004b). A validation study of the Hungarian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on a large cancer patient sample. *Kézirat*. | • RISKÓ A. (1998). Az onkopszichológia szakmai irányelvei. Egy szakmai protokoll tervezete. *Psychiatria Hungarica* 13 (4), 455-468. | • RISKÓ A. (1999). A test, a lélek és a daganat. *Animula*, Budapest. | • ROTH, A. J., KORNBLITH, A. B., BATEL-COPEL, L., PEABODY, E., SCHER, H. J., HOLLAND, J. C. (1998). Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma. A Pilot Study. *Cancer*, 82 (10), 1904-1908. | • ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand.* 67, 361-370.

Az ECOG-státusszal kapcsolatos információk megtalálhatók a http://www.ecog.org/general/perf_stat.html honlapon.