

Egyetemi ápoló felelőssége a toxaemiás terhesek hospitalizációjának megelőzésében

Laskovicsné Szendrői Annamária¹, Prof. Dr. Bódis József², Dr. Váradyné Horváth Ágnes³
¹ egyetemi okleveles ápoló,

² egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi Tanszék
³ főiskolai tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi Tanszék
A vizsgálat célja: A kutatás célja a toxaemiás várandósok lelki állapota és az ellátási formák közötti esetleges összefüggés feltárása, a terhesek ismereteinek felmérése, valamint a család és az ellátó személyzet támogató magatartásának megismerése.

Vizsgálati módszer és minta: Kérdőíves módszerrel történő adatfelvétel a Baranya Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászat ambulanciáján és Terhespatológia Osztályán, valamint a PTE ÁOK Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika Terhespatológia Osztályán kóros (toxaemiában) szenvedő terhesek körében.

Eredmények: a terhes nők lelki állapota szoros összefüggésben áll az adott ellátási formával. Egyértelműen megállapítható, hogy a toxaemia tünetei járóbeteg ellátás keretein belül is jól menedzselhetők. A toxaemiával gondozott várandósok ismeretei hiányosak a körképpel kapcsolatban és további információkat igényelnek a szorongás és a félelem csökkentése érdekében. A terhesek számára a lelki támaszt a család támogató légköre jelenti.

Következtetés: A toxaemiás nők számára a legideálisabb gondozási forma az ismételt járóbeteg ellátás, így az otthoni környezetben maradhatnak a terhesség végéig, a család támogató légkörében. A jól menedzselte toxaemiás várandósok esetén minimális vagy nem fordul elő hospitalizáció.

Bevezetés

A terhesség a nők életében az egyik legcsodálatosabb és legfontosabb szakasz, amely egy új élet világra hozatalával zárul. A gyermek születése minden nő és család számára kiemelt fontosságú és rendkívül gyönyörű eseménynek, igaz, nem minden terhesség és szülés problémamentes. Napjainkban a terhespatológia legjelentősebb kórképe a magas vérnyomással járó állapot. A hypertóniás kórképek mind az anya, mind a magzat állapotát veszélyeztetik. [6]

A beteg ellátása két elv szerint valósulhat meg: ismételt járóbeteg szakellátás vagy intézeti elhelyezés keretein belül. Az intézeti ellátás elvlasztja a gyermeket váró nőt hozzátartozójától, családjától, így minden támogató feladat a szülészeti intézet dolgozóitól függ. A felesleges intézeti ellátás és szülészeti gyakorlat még mindig nem szentelt kellő figyelmet az egyén, a pár és a család pszichológiai szükségleteinek.

A terhesség kritikus periódusnak, amikor a testi változások mellett nem hagyhatók figyelmen kívül a pszichológiai változások sem. A lelki változásoknak különös figyelmet kell szentelni a kóros terhességű várandósok számára. A kóros várandósok számára rendkívül fontos a pszichés támogatás a gyógyító team részéről, mert állapotukat kizishelyzetként élik meg. A gyógyító team és különösen az ápolók felelőssége, hogy holisztikus szemlélettel, mind fizikai és pszichés értelemben is támogassák a várandósokat.[7] Ez különösen fontos, ha a terhesség idejének nagyobb részét a kórházban, szereteteiktől távol töltik.[5] A tapasztalatok azt mutatják, hogy a intézeti ellátásban részesülő várandósoknál ténylegesen kialakul a betegségtudat és úgy érzik elvesztették kontrolljukat egészségi állapotuk felett.

Feladatunk ennek a kontrollnak a növelése és a betegségtudat megszüntetése. [1,3,4] Kiemelten fontos annak meghatározása, hogy a terhes nő hogyan képes befolyásolni, kontrollálni állapotát. A kontroll ugyanis nagy szerepet játszik a stressz csökkentésében; megfelelő kontroll esetén ugyanis hatékonyabb megbirkózási stratégiák alakíthatók ki. Amennyiben a terhes nők a kontroll hiányát élik meg, ez tehetetlenség érzethez vezethet, amely tovább növelheti az intézeti ellátás idejét.[2]

A vizsgálat célja

A kutatás elsődleges célja volt a kóros várandósok lelki állapota és az ellátási formák közötti esetleges összefüggés feltárása. További célok közt szerepel a kóros állapotra vonatkozó ismeretek felmérése, valamint a család és az ellátó személyzet támogató magatartásának megismerése. Mindezek alapján a következő hipotézisek fogalmazódtak meg:

1. A fekvőbeteg intézetben való hosszú tartózkodás a járóbeteg ellátással szemben nagyobb pszichés megterhelést jelent a várandós nők számára.
2. A jól menedzselte várandósok esetén nincs hospitalizáció, mert a járóbeteg gondozás keretein belül is hatásosan csökkenthetők a panaszok és a tünetek.

3. A toxaemia a betegséggel való megküzdés erőforrásait is igénybe veszi, ezért nagy segítséget jelent a várandósok számára a család támogatása.
4. A toxaemiában szenvedő nők megfelelő információval rendelkeznek az állapotukról és annak kezeléséről.

A vizsgálati munkamódszer

A kutatást a Baranya Megyei Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati ambulanciáján és Terhespatológia Osztályán, valamint a PTE ÁOK Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika Terhespatológia Osztályán készült 2003-ban. A felmérés időtartama közel egy év volt.

A terhesgondozáson és az osztályon megjelent kóros várandósok egy előre megszerkesztett kérdőívet töltöttek ki. A kérdőívben nyitott és zárt kérdések szerepeltek. Az adatgyűjtéshez összesen 160 kérdőív került kiosztásra (80 kérdőív a járóbeteg ellátáson, 80 kérdőív az osztályokon). A kiadott 160 kérdőív közül 131 kérdőív érkezett vissza, melyekből csupán 113 volt értékelhető.

A kérdőívek feldolgozása Microsoft Excel program segítségével történt. Az ellátási formák és a lelki megterhelések közötti kapcsolat megállapítására khi négyzet (χ^2)-próbát végeztem.

A vizsgálat eredményei

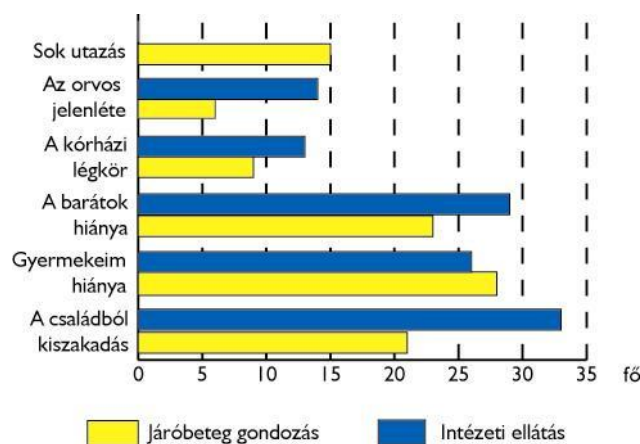
A demográfiai adatokat az 1. táblázat tartalmazza. A kóros terhesek 57%-a (64 fő) a kutatás idejében járóbeteg gondozásban, míg 43%-a (49 fő) intézeti ellátásban részesült.

Száma	Kora					Iskolai végzettsége			Családi állapota			
	15-21 év	22-28 év	29-35 év	36-43 év	43<	alap	közép	felső	hajadon	férjezett /élettárs-sal él	elvált	özvegy
n=113(fő)	8	54	44	7	0	22	65	26	8	99	6	0
Összesen	113					113			113			

1. táblázat – A vizsgált populáció demográfiai adatai

A megkérdezettek közül 80 főnél jelen van, míg 33 főnél nem volt kimutatható érdemi pszichés megterhelés. A 80 fő közül 42-en intézeti ellátásban és 38-an járóbeteg gondozásban részesülnek. Azok a terhesek között, akik a felmérésben nem panaszkodtak lelki problémára, mindössze 7 fő részesült intézeti ellátásban. A járóbeteg gondozásban részesülők között 26-an említették a lelki megterhelés hiányát. Az eredmények alapján egyértelműen kijelenthető, hogy volt összefüggés az ellátási forma és a lelki megterhelés között (a khi négyzet próba eredménye statisztikailag szignifikáns kapcsolatot mutatott ki az ellátási formák és a lelki megterhelés között, $p=0,005$).

A lelki problémák okaiként a legtöbben a családi szerepvállalás csökkenését, a gyermekektől való távollétet, és a barátok hiányát sorolták fel az egyes ellátási formákon belül közel hasonló arányban. Az intézeti ellátásban részesülők a fentiekben túlmenően a sok orvos jelenlétét is megjelölték. A sok orvos jelenléte a félelmet és a szorongást növelte a páciensekben. A járóbeteg ellátásban részesültek között megjelent a gyakori utazás problémája is, noha nem magas arányban. Az eredmények megerősítették, hogy az intézeti ellátásban részesülő terhesek számára a lelki probléma forrása a családból való kiszakadás volt (1. ábra).



1. ábra – A lelki megterhelés okai

A megkérdezettek ugyancsak rangsorolták azokat problémákat, amelyeket a legfontosabbnak ítélték meg. A vizsgált mintában legnagyobb arányban (88 fő) első helyen a gyermek iránti aggodalmat jelölték meg. Második helyre sorolták (41fő) az állapotrosszabbodás miatti aggodalmat. Ezt a már korábban említett magas vérnyomásból adódó fizikai terhelés, majd a megváltozott életforma, és végül a gyakori utazás követte. Következtetésként levonható, hogy a kóros terhesek számára a legnagyobb lelki terhet a gyermekük sorsa iránti aggodalom jelenti, háttérbe szorítva saját panaszait (2. táblázat).

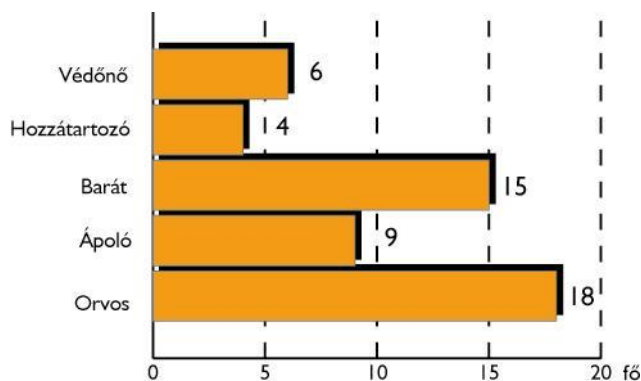
Probléma sorszáma	Testi tünetek	Félelem az állapot miatt	Gyakori utazás	Gyermekek sorsa	Megváltozott életforma	Összesen (fő)
1	0	20	0	88	5	113
2	5	41	11	23	33	113
3	54	23	3	2	31	113
4	26	18	26	0	43	113
5	28	11	73	0	1	113

2. táblázat – A lelki problémák rangsorolásának megoszlása

A járóbeteg ellátásban gondozott várandósok jellemző részénél nagyfokú gyengeség mutatkozott még a diagnózis megállapításakor, amely a felmérés időpontjában több mint felére csökkent. A második leggyakoribb tünet a vérnyomás emelkedése volt, mely a kezelés hatására csökkent. Harmadikként a vizenyőt említették, mely a vizsgált időszakban már csak 14 terhesre volt jellemző. A fehérjevizelés 31 nőnél jelentkezett a gondozás kezdetén, míg a felmérés időpontjában csupán 12 főnél volt jelen. Az eredményekből megállapítható, hogy a toxemia az ismételt gondozással, nyomon követéssel, és a hatékony betegoktatással jól menedzselhető a járóbeteg ellátás keretein belül is. A fekvőbeteg ellátásban részesültek esetén a vérnyomás emelkedése és a fehérjevizelés azonos arányban jelentkezett. Ezek a tünetek a felmérés időpontjára jelentősen csökkentek. A vizenyőt kezdetben 41 fő jelölte meg, mely szintén csökkent a kutatási időszakban. A járóbeteg gondozáson résztvevőkhöz képest a tüneti okok jelentősebben változtak, de diszkomfort érzetről többen panaszkodtak.

A válaszok alapján egyértelműen megállapítható, hogy a terhesek számára a legnagyobb lelki támaszt a család jelenti. A terhes nők 27%-ban a férjüket, 25%-ban barátaikat, 20%-ban szüleiket jelölték meg lelki támaszként. A várandósok 14%-a az orvost, 11%-a az ápolókat, és csupán 3%-a jelölte meg gyermekeit lelki társként. Mindenképpen elgondolkoztató eredmény, hogy az egészségügyi személyzet tagjainak segítő szerepe alacsonyabb értékű volt a várakozással szemben, kérdéses, vajon mi állhat az eredmények mögött.

Az eredmények nem mutattak számottevő különbséget azon várandósok között, akik rendelkeztek, és azok között, akik nem rendelkeztek elegendő információval a kórfolyamattal kapcsolatban. Ötvenkét fő eleget tudott a betegségről, míg 61 fő nem ismerte kellőképpen a kóros állapotot, illetve az ismételt gondozási protokollt. A kellő ismerettel rendelkező egyének az orvostól, barátoktól, ápolóktól, hozzátartozóktól, végül a védőnőktől kaptak információkat. Megállapítható, hogy a válaszolók között a legtöbb várandós nőt az orvos tájékoztatja az állapotában bekövetkezett változásokról, de a mintában 15 fő információforrásként a barátokat is megjelölte. Utóbbiak téves hiedelmeket is átadhatnak, amelyek fokozhatják a pszichés terhelést. Elenyésző esetben a védőnő, ápoló is megjelenik információforrásként. A betegtájékoztató anyagot egy esetben sem jelölték meg, vagy azért mert hiányzik, vagy azért, mert nem jutnak hozzá a gondozottak (2. ábra).



2. ábra – Az információt adó személyek megoszlása

Azon kóros terhesek közül, akik nem tartották elegendőnek információikat, 48 fő igényelt további tájékoztatás (szemben 13 fővel, akiknek erre nem volt igényük).

Irodalom

1. Buda, B. (1993). *Empátia – beleélés lélektana*. Budapest: Ego School Bt.
2. Csabai, M. és Molnár, P. (1999). *Egészség, betegség, gyógyítás*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó.
3. Helembai, K. (1992). *Az ápoláslélektan alapkérdései*. Pécs: Orvostudományi Egyetem.
4. Helembai, K. (1995). *Ápoláslélektan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
5. Robinson, L. (1984). *Psychological aspects of the hospitalized patients*. Philadelphia: Davis Company.
6. Papp, Z. (2002). *A szülészet – nőgyógyászat tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
7. Veresné, T. E. (1997). *Pszichoprofilaktikus szülésfelkészítés*. Pécs: Pécsi Orvostudományi Egyetem.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Kezelési esélyek: akut stroke-beteg ellátása kardiológiai profilú intenzív osztályon

Gerencsér Beáta

egyetemi okleveles ápoló hallgató, Országos Gyógyintézeti Központ, Kardiológiai Intenzív Osztály

Annak ellenére, hogy a szív és érrendszeri betegségeket a gyakorlatban egy csoportba, illetve azonos kategóriába soroljuk, mégis ritka kivétel, amikor az akut stroke beteget a címben megnevezett osztályon kezelik. A jelen esetismertetés célja bemutatni, hogy a vállalható kockázatok figyelembe vételével, a páciens esélyei kedvezőbbek lehetnek, ha helyi kezelést alkalmazunk, mintha tovább küldenénk a speciális stroke központba.

Mivel a bemutatott beteg ellátása nem szenvedett el késést (az azonnal megkezdett kezelés és a stroke centrumba szállítás közötti idő kritikus lehet), nem csúszott ki abból az időintervallumból, amikor még megkísérelhető a thrombus feloldása (agyi thrombozisz esetén 4-6 óra).

Intézetünk Fül-Orr-Gégészeti Klinikáján fekvő, 45 éves betegnél reggel 7 órakor bal oldali hemiparesis, beszédzavart, vérnyomás kiugrását (180/100 Hgmm) észlelték. Osztályunkra a frissen elvégzett koponya CT után került, amin vérzés nem volt kimutatható, neurológiai konzílium embolizáció lehetőségét vetette fel. A beteg megérkezésekor cardiális paraméterei rendezettek voltak (RR:130/90Hgmm, P:90/min), hemiparesise és beszédzavara változatlanul fennállt.

Orvosaink rTPA-val (alteptase) végzendő thrombolysis megkezdését rendelték el, melyet a beteg állapotának észlelését követő 1 óra múlva kezdtünk el. 25 mg rTPA bólusban, ezt követően 100 mg rTPA-t adagoltunk 1 óra alatt.

A terápiát annak ellenére elkezdtük, hogy nagyfokú kontraindikáció állt fenn, hiszen a beteg előző nap gégeészeti műtéten esett át, így a nagyfokú vérzés lehetősége fennállt.

Az elzáródás feloldásának megkezdése után fél órával mindkét orrfélből és a szájnyalvákahártyáról is vérzést észleltünk, melyet gégeészeti konzílium során tamponálással megszüntettek. Az rTPA adásával párhuzamosan intravénás nátrium-heparin adagolását is elkezdtük, az első 4 órán keresztül 500 E/óra, majd az első 24 óráig 800 E/óra, majd a thrombolysist követő 4. napig 1000 E/óra sebességgel adagoltuk, a beteg alvadási paramétereinek (APTT, fibrinogén) és vérképének napi kétszeri kontrollja mellett. A gyakori ellenőrzésnek a fő oka volt, hogy egyrészt az alvadásgátló adagolása megfelelő legyen, másrészt a thrombolysis legfontosabb „mellékhatását”, a vérzést mihamarabb észleljük (nem csak felületi nyálkahártya vagy szűrőcsatorna, hanem gastrointestinalis, urogenitalis, retroperitonealis vérzés is előfordulhat). Folyamatos laboratóriumi kontroll alatt tartottuk betegünk elektrolit háztartását, oedema ellenes kezelésben részesült, stabilizáltuk vérnyomását.

A kezelés megkezdése után 12 órán belül a hemi-paresis megszűnt, a beszédzavara pedig fokozatosan csökkent. A thrombolysist követő 3. napon eltávolítottuk az orrtamponokat, az 5. napon áttértünk szubkután adású LMWH alvadásgátlásra, betegünket mobilizálni kezdtük. A nálunk töltött 5 panaszmentes és stabil nap után áthelyeztük betegünket további neurológiai kivizsgálás céljából a területileg illetékes stroke osztályra, további kardiológiai ellenőrzése ambulanciánkon történik.

Összegzés

A stroke a leggyakoribb olyan betegség, amelyik a független életvitelt a legjobban korlátozza, hazánkban is a vezető halálokok között szerepel. Betegünk a legnagyobb esélyt kapta a teljes felépülésre azzal, hogy nem

vesztett időt intézetek közötti szállítással, a lehető leghamarabb ellátásra került, annak ellenére, hogy ez nem szakosodott stroke centrumban történt. Szakszerű kezeléssel, gondozással azonban egyenértékű ellátásban részesíthetők betegeink.

A kardiológiai és neurológiai gondozása során figyelmet kell fordítani a beteg rizikófaktorainak csökkentésére, megszüntetésére (dohányzás, túlsúly, hypertonia, hyperlipidaemia, emelkedett vércukorszint), melyek külön-külön és együttesen is hajlamosítanak nemcsak agyi vascularis történések előfordulására, de egyéb érrendszeri megbetegedésekre is.

Irodalom

1. Balogh, Z és Siklódi, M. (1998). *Neurológia és ápolástana*. Budapest: HIETE.
2. Mumenthaler, M. (1999). *Neurológia*. Budapest: Medicina Kiadó.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az életmód szerepe a szájüregi daganatok kialakulásában

Kiliánné Zemplényi Nóra, *diplomás ápoló*
Németh Zsolt, *egyetemi adjunktus*
Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

Bevezetés

A szájüregi rák az egyik legsúlyosabb, legtorzítóbb és az egyik legrosszabb prognózisú daganatfajta. A szájüregi daganatok gyakorisága és haláloki szerepe Magyarországon drámai mértékben nő, és az európai országok sorrendjében az első helyre került. (1) Annak ellenére vagyunk kiemelkedő helyen, hogy a daganatok kialakulása megelőzhető, illetve a már kialakult daganat sok esetben gyógyítható. A korai felismerés, korai diagnózis és korai kezelés javíthatja a gyógyítás eredményességét.

A szájüregi daganatok kialakulásában az alkohol mellett a dohányzás az egyik legfontosabb tényező. A társadalmilag hátrányos helyzetben lévő, alacsonyabb iskolai végzettségűek között a daganatok számottevően gyakoribbak. (4)

Mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás külön-külön is dózisarányosan növeli a szájüregi rákkeletkezés kockázatát. Ha e két rizikótényező együttesen van jelen, hatásuk nem egyszerűen összeadódik, hanem összeszorozódik, azaz a betegség kockázata sokszorosára emelkedhet. A két szenvedélybetegség (dohányzás és alkoholfogyasztás) együttes hatása 150-szeres kockázati tényezőt jelent. (1)

Az említetteken kívül további tényezőket is kapcsolatba hoztak a szájüregi daganatok kialakulásával: életkor; passzív dohányzás; elhanyagolt szájhygiéne; mechanikus irritáció a szájüregben (pl. rossz fogak, fogművek); ismétlődő szájüregi gyulladások (HPV, Candida); immunszuppresszió; táplálkozási szokások; genetikai háttér; környezeti ártalmak: sugárzás, légszennyezés. (3)

A szájüregi daganatok keletkezése szempontjából fokozottan veszélyeztetettnek minősülő személyek (rizikócsoport): 40 év feletti; férfi; dohányos; rendszeres alkoholfogyasztó; elhanyagolt szájhygiénéjű; fogorvos – kerülő; hátrányos társadalmi – gazdasági helyzetű (3).

A vizsgálat célja

Célunk a szájüregi daganatok iránti figyelem felkeltése volt. A vizsgálattal áttekintést szeretnénk volna nyújtani a daganatok, konkrétan a szájüregi daganatok kialakulásának okairól, illetve megelőzésükről. Továbbá szeretnénk volna hangsúlyozni a karcinogén tényezők egymást erősítő hatását, az egyéni és társadalmi prevenció fontosságát a daganatok megelőzésében.

Hipotézisek:

1. Feltételeztük, hogy a vizsgált betegek többsége 40 év feletti, férfi, és nagyvárosban él.
2. Feltételeztük, hogy a vizsgált betegek többsége alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik.
3. Feltételeztük, hogy a szájüregi daganatos betegek többsége rendszeresen dohányzik vagy dohányzott, illetve rendszeresen fogyaszt(-ott) alkoholt.
4. Feltételeztük, hogy a betegek döntő többsége nincs tisztában azzal, hogy a fej-nyaki régióban is gyakran keletkezhet daganatos megbetegedés.
5. Feltételeztük továbbá, hogy a betegek döntő többsége megbetegedése előtt nem vett részt rendszeresen szűrővizsgálatokon.

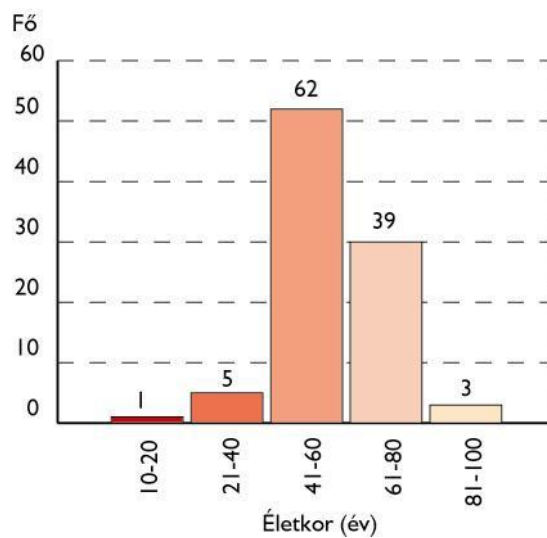
Vizsgálati módszerek

A budapesti Semmelweis Egyetem Szájsebészeti és Fogászati Klinika Fekvőbeteg Osztályára felvett szájüregi daganatos betegek között 2003. október és 2004. február között kérdőívet osztottunk ki. A célcsoport (100 fő) az ország minden tájáról intézetünkbe érkező, különböző korú, nemű, iskolai végzettségű, társadalmi helyzetű és lakóhelyű emberekből állt. A kérdések az életmód, a daganatokkal kapcsolatos tájékozottság és a prevenció témaköréből kerültek ki. Az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt, a kérdőív önkitöltős technikára épült, 50 kérdést tartalmazott. A kérdések vegyesen nyitottak illetve zártak voltak, összeállításuk az életmód, a daganatokkal kapcsolatos tájékozottság és a prevenció témája alapján történt. Az eredményeket táblázatokban, diagramokban ábrázoltuk.

Eredmények

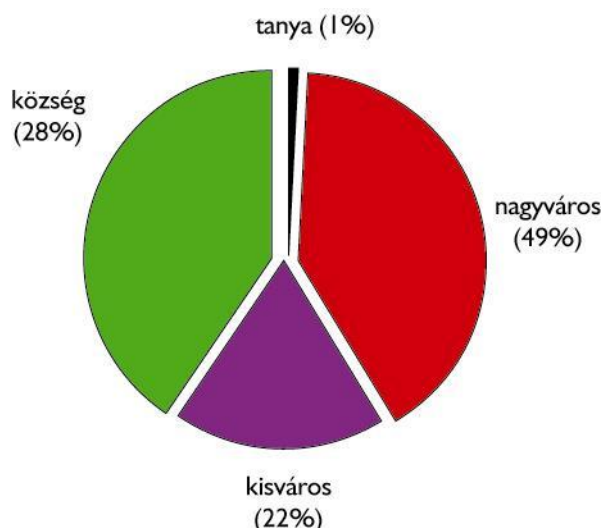
A kérdőív feldolgozásából kizárólag a vizsgálati hipotézisekre választ adó kérdéseket elemezzük.

Első hipotézisünket alátámasztják a kiértékelt eredmények, mivel a vizsgált betegek többsége (94 fő) 40 év feletti volt, domináns volt a 41 és 60 év közötti korosztály előfordulása a szájüregi daganatos megbetegedések terén (52 fő). (1. ábra)



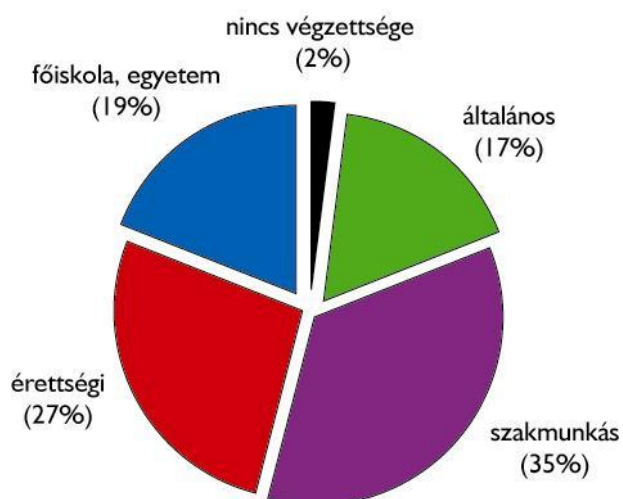
1. ábra – A vizsgált személyek életkori előfordulása

Továbbá, a vizsgált betegek 67 %-a férfi volt, kimagasló a 41-60 éves és a 61-80 éves korosztályú férfiak aránya. Ennek feltehető magyarázata, hogy közülük többen folytatnak egészségtelen életmódot. A nőknél is vezető ez a korosztály a szájüregi daganatos megbetegedések előfordulásában. A hipotézis utolsó elemét is igazoltuk, mert a vizsgált 100 főből 49 fő lakott nagyvárosban. Annak ellenére, hogy kisebb településeken alacsonyabb az egészségügyi kultúra szintje, az egészségügyi ellátás színvonala és elérhetősége, a hozzáférési lehetőségek, a szennyezettség mégis dominánsabbnak tűnik a daganatkeltés terén. (2. ábra)



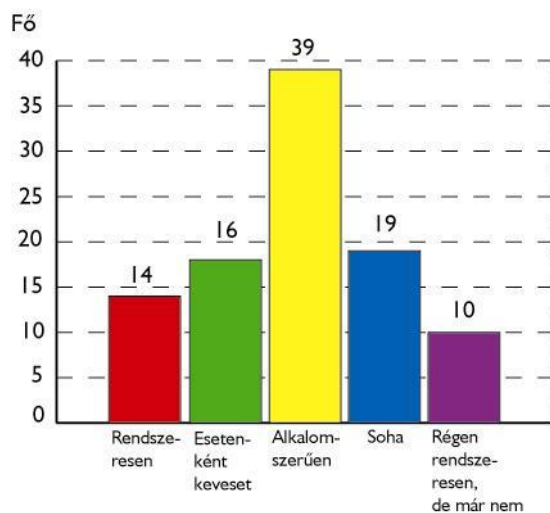
2. ábra – A vizsgált betegek lakóhely szerinti megoszlása

Második hipotézisünk nem nyert megerősítést, mert a vizsgált betegekből 35 fő szakmunkás, 27 fő érettségizett, 19 fő diplomás volt, csupán 17 fő végzett 8 általános iskolát, és 2 fő nem rendelkezett semmilyen iskolai végzettséggel. Ennek oka valószínűleg abban rejlik, hogy folyamatosan nő az iskolázottak és értelmiségiek száma, ma már nagyon kevés az írástudatlan ember. (3. ábra)



3. ábra – A vizsgált betegek iskolai végzettsége

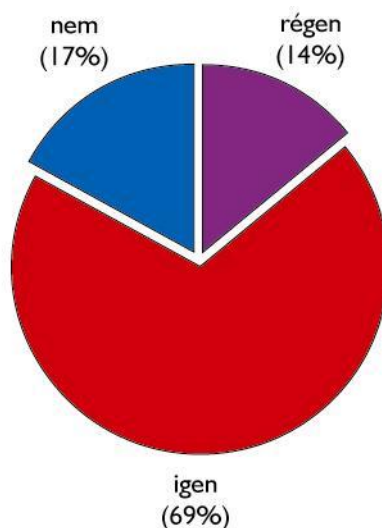
Harmadik hipotézisünk beigazolódt, mivel a 100 főből 70 rendszeresen dohányzik vagy dohányzott, és 32 fő vallotta, hogy rendszeresen fogyaszt vagy fogyasztott alkoholt, mielőtt beteg lett. (4. ábra)



4. ábra – Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?

Negyedik hipotézisünk azonban nem nyert megerősítést, mivel a megbetegedése előtt 69 fő hallott a szájüregi daganatok létezéséről, 31 fő nem.

Utolsó, ötödik számú hipotézisünk sem igazolódott be, mivel 69 fő vallotta, hogy rendszeresen részt vesz valamilyen szűrővizsgálaton, 31 fő, hogy nem. (5. ábra)



5. ábra – Részt vesz-e rendszeresen szűrővizsgálatokon (tüdőszűrés, vérvétel, fogászat, nőknél nőgyógyászati szűrés)?

Megbeszélés, javaslatok

Annak ellenére, hogy tanulmányunk nem tekinthető országosan reprezentatív mintának, mivel a 100 fő alacsony létszám a hipotézisek statisztikailag elfogadható vizsgálatához, az eredmények azonban önmagukban is elgondolkodtatóak.

Az eredményekből arra következtettünk, hogy az egészségügyi dolgozóknak a jövőben nagyobb szerepet kell betölteniük mind az egyéni, mind pedig a társadalmi prevenció területén; egyéni példamutatással élen járni éppúgy életmódbeli mintával, mint preventív jellegű társadalmi feladatokkal.

A szájüregi daganatok rendkívül magas hazai halandóságát elsősorban gyakori előfordulásuknak és a késői diagnózisnak tulajdoníthatjuk. A korai diagnózis csak úgy érhető el, ha az alapellátás orvosainak (elsősorban a fogorvosok, háziorvosok) figyelmét a problémára irányítjuk. A fogorvosok lehetőségei korlátozottak, hiszen az átlagpopuláció 5-10%-a soha, 50%-a is csak fogfájás esetén keresi fel az orvost. (5)

A veszélyeztetettnek minősülő személyek nagyobb valószínűséggel fordulnak meg a háziorvosi, mint a fogorvosi rendelőben. Mivel a dohányosok között több a beteg, ők az átlagosnál gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, tehát a háziorvosnak van a legjobb lehetősége arra, hogy foglalkozzék ezzel a feladattal. (6)

Jól ismertek a szájüregi daganatok keletkezésében szerepet játszó kockázati tényezők, amelyek *kiiktatásával* elejét lehetne venni a daganat kialakulásának (*elsődleges megelőzés*), és jól ismert a szájüregi daganatok kialakulásának folyamata, beleértve a rákot megelőző elváltozásokat is. Ezek *korai felismerése* javíthatná a gyógyítás kilátásait (*másodlagos megelőzés*). (2)

Az igazi megoldás az elsődleges megelőzés lenne: elejét venni annak, hogy a fiatalok rászokjanak a dohányzásra, elősegíteni azt, hogy a dohányzók abbahagyják a dohányzást, mérsékeljék az alkoholfogyasztást, rendszeresen ápolják a szájukat, vegyenek részt rendszeresen fogászati ellenőrzésen. (1) Hangsúlyoznunk és hirdetniünk kell a prevenció fontosságát, már a kisgyermekkortól kezdve, egészen az idős korosztályig – csoportos szűrővizsgálatok, csoportos felvilágosító-nevelő programok kezdeményezése formájában. Kiemeljük, hogy az elsődleges megelőzés terén az egyéni példamutatás a leghatásosabb!

Irodalom

1. Magyar Onkológia (2001). 45. évfolyam 2. szám, (99,100,116,120,124. oldal).
2. Bánóczy, J. (1998). A fogászati egészségügy helyzete Magyarországon. In: Magyarország az ezredfordulón (szerk.: Glatz F.). Budapest. pp.209 - 228.
3. Zheng TZ, Boyle P, Hu HF, et al. (1990). Dentition, oral hygiene and risk of oral cancer: a case-control study in Beijing. Cancer Causes Control 1, 235 - 241.
4. Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M et al. (1997). Socio-economic differences in cancer incidence and mortality. In: Social Inequalities and Cancer (Eds: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P). IARC Sci Publ, No 138, pp. 65-170.
5. Bánóczy, J. (2002). A szájüregi daganatok problematikája, epidemiológiája. A Magyar Fogorvos Onkológiai Különszáma, 4–6. oldal
6. Tájékoztató háziorvosok számára. Egészségügyi Minisztérium, 2198/XXII/2000. ikt. szám.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az elhízás rontja az életminőséget

Molnárné Lente Ágnes, *diplomás ápoló*
Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Debrecen

Bevezetés

Magyarország a harmadik évezredbe lépve a fejlett európai államok közösségébe kíván beilleszkedni. Ennek megvalósulásához több feltételnek kell teljesülnie. Az ebből adódó célok elérésének egyik legfontosabb feltétele, hogy javuljon a lakosság egészségi állapota, mert csak egy testileg, lelkileg és társadalmi értelemben is egy egészséges nemzet képes megfelelni a XXI. század kívánalmainak.

A lakosság egészségi állapota hazánk egyik legfőbb erőforrását alkotja, és az ország jövője nagymértékben függ a népesség egészségi állapotától. Az egészségi állapot egyik meghatározó eleme a nem megfelelő táplálkozás és az ebből következő életmódbeli hiányosságokkal összefüggő betegségek. Az egyik legfontosabb rizikótényező a többlet testsúly, amely adott életkor felett veszélyesen befolyásolja az életminőséget. Tekintettel a probléma növekvő fontosságára, különös figyelmet kell fordítani az elhízásra, és a 2003 évben meghirdetett „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Program” célkitűzéseire.

A lakosság terhelése mind pszichés mind a fizikai teherbíró képesség értelmében növekszik, a stressz, rendszertelen életmód és táplálkozás elhízáshoz vezet, az elhízás talaján kialakult betegségek az életminőséget kedvezőtlen irányba terelik. Az egészségi állapot nagymértékben függ attól, hogy milyen módon táplálkozunk, ami meghatározza egész életünket. Az elmúlt harminc évben megváltozott életmódunk, az ételválaszték, amely asztalunkra kerül. A választék azonban nem minden esetben szolgálja egészségünket. A rohanó élet változásai mellett elmaradt a táplálkozási ismeretek alkalmazása, étkezési kultúránk nem korszerűsödött, megmaradtunk a hagyományos étkezési formáknál.

Szakirodalmi előzmények

A World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet, továbbiakban: WHO) adatai alapján a dohányzást követő második legfontosabb megelőzhető kockázati tényező az elhízás, amely a lakosság mortalitását nagyban befolyásolja, ezért a WHO ezt az állapotot 1998-ban betegségnek nyilvánította.

Napjainkban, a világ jelentős részén az elhízás járványszerű méreteket öltött. Számos országban ma a kutatók sokasága foglalkozik a kérdés összetett vizsgálatával, azzal, hogy vajon milyen tényezők vezethettek ide.

A lakosság nagy százaléka szenved az elhízás szövődményeitől, de talán még többen esztétikai hátránya miatt, valamint a leggyakrabban kialakuló kisebbségi érzéstől a társadalomból való kirekesztettség állapotától, és az erre ráakadó pszichés problémáktól. Az elhízás káros következményeinek kivédése vagy legalább enyhítése a preventív medicina számára nagy kihívást jelent, de ugyanakkor a másod- és harmadlagos prevenció terén is egyaránt nagy erőfeszítéseket követel.

Napjainkban a legtöbb fogyatékoságot az életmódunkban találjuk. A helytelen táplálkozás, dohányzás, alkoholizáló életmód, a munkanélküliség, a szociális feszültségek, melyek gátat szabnak az egészséges életvitel kialakításának. Ma a Magyarországon élő lakosság életmódja nem alkalmas az egészség megőrzésére és a hosszú élettartam biztosítására. Az életmód lehetőségeit eleve differenciálják a társadalmi egyenlőtlenségek is.

Az elhízás okai

A különböző elméletek részben magyarázatot adnak az elhízás okaira, ugyanakkor nem tekinthető egyik sem kizárólagosnak, ráadásul az elhízáshoz vezető okok egymással kombinálódhatnak. A jelenlegi felfogás szerint többfajta tényező szerepelhet okként, úgynevezett multifaktoriális állapotról van szó.

A túlsúlyos állapot és az elhízás kritériumai

A túlsúlyos állapot és a kövérség megkülönböztetéséhez a National Heart Lung and Blood Institute (Nemzetközi Szív Tüdő és Vér Intézete) meghatározásai az irányadóak. Annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy valóban káros-e a kövérség, rendelkezni kell olyan megbízható paraméterekkel, melyek pontosan jelzik a magasabb testsúlyt.

18,5 – 24,9 kg/m² BMI referencia tartományt nevezzük **normál** testsúlynak
25,0 – 29,9 kg/m² BMI referencia tartományt nevezzük **túlsúlyos** testsúlynak
30,0 fölötti kg/m² BMI-vel az **elhízott** egyének rendelkeznek

A BMI adatok ismeretében az egészség veszélyeztetettsége figyelemfelhívó lehet. Az elhízottság az egészségügyi rendszerekre is jelentős többletterhet ró. Az elhízás direkt költségeiről – a diagnózisra és kezelésre fordított, az egészségügyben jelentkező anyagi kiadásokról – már számos országban készült felmérés.

Ország	Tanulmány	Elhízás definíciója	Az egészségügyi kiadások %-a
USA	Colditz 1996	BMI: 29 kg/m ²	6,8
USA	Colditz 1999	BMI: 29 kg/m ²	5,0
Franciaország	Levy 1995	BMI: 30 kg/m ²	2,5
Hollandia	Seidell 1995	BMI: 30 kg/m ²	1,0
Kanada	Birmingham 1999	BMI: 30 kg/m ²	2,4
Svédország	Sjöström 1995	BMI: 30 kg/m ²	7,8

*Az elhízás költségvonzata néhány országban:
[Forrás: Obesitologia Hungarica, 2000. Szeptember, (3. szám, 14.o.)]*

Az elhízás formái

Morfológiai és zsíreloszlás különbözősége alapján két alapvető csoportot lehet megemlíteni:

- központi (android zsíreloszlás), másképpen alma típusú,
- perifériás (gynoid zsíreloszlás), úgynevezett körte típusú.

A központi jellegű elhízás lényeges eleme, hogy a belső szervek is elzsírosodnak, ezért szorosabb összefüggést mutat a metabolikus és egyéb szövődményekkel, mint a jóindulatú körte típus. A körte típusú elhízásra főleg a szubkután zsírlerakódás jellemző. A két nem egyformán szenved ezen elhízási formáktól és súlyos egészségügyi szövődményeitől.

Az elhízás szövődményei

Az orvostudomány szempontjából az elhízás egyre fontosabb probléma, mivel veszélyezteti az egészséget, és a statisztikai adatok alapján jelentősen növelik a halálozási arányszámot. Ezt a közvetlen elhízás miatti hatásoknak is tulajdoníthatjuk, de az elhízás miatt kialakuló egyéb betegségek is jelentősek, ugyanis az elhízottak gyakrabban szenvednek olyan betegségekben, melyek önmagukban is növelik az adott népességcsoport halálozási kockázatát.

Hazánk táplálkozási szokásai

Gyakran sokkal több kalóriát veszünk magunkhoz, mint amennyi a homeosztázis fenntartásához szükséges, illetve mint amit neurohormonális rendszerünk „helyesnek tart”. Ez a mechanizmus vezet idővel elhízáshoz. Ez az állapot nemcsak egészségügyi, szociopszichés, hanem súlyos anyagi terhekkel is jár mind az elhízott egyénre, mind a társadalomra nézve egyaránt.

Az elhízás szempontjából legfontosabb a zsírbevitel mennyisége, melyet a magyar konyha íz világa és az ételek elkészítési módja nagyban meghatároz. Mindenképpen említésre méltó tény, hogy a magyar lakosság összes energia bevétele általában meghaladja az energiaszükségletet, amely elhízáshoz vezet, így étkezési kultúrája nagyban kifogásolható. Az elhízásban a szociális tényezők is szerephez jutnak, jórészt a családi minták elsajátításán keresztül. Ezt a hatásrendszert a család jövedelmi viszonyai és a szülők iskolázottsági szintje, a család nagysága, szerkezete, étkezési szokásai és a család általános kulturáltsági szintjei határozzák meg.

Korunk átlagemberének fontos lenne, hogy megfelelő életmódra tudjon váltani. Az egészség a mindennapi élet erőforrása, erre a pozitív szemléletre alapozva hangsúlyt kell fektetni a szociális és személyes erőforrásokra, valamint a fizikális kapacitásra. Olyan képességekre kell szert tenniük, amelyek alkalmassá teszik őket az egészségük javítására, illetve arra, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert egészségük felett.

A Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézetben végzett kutatás

Az elhízással kapcsolatos felmérést a Hajdú-Bihar megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézetben végeztem. A helyes táplálkozással való megismerkedés lehetőségeit kívántam megismerni, egyben felmértem, hogy a reform konyha ismeretei élnek-e a köztudatban. Továbbá vizsgáltam, hogy az elhízott populációban mennyiben korlátozódik a társadalmi érintkezés igénye, hogyan csökken az önbecsülés, mennyiben határozzák meg az emberek mindennapjait. Kutatási munkámban igyekeztem változó szociális háttérű egyének véleményét megismerni.

A kutatás kérdőíves felméréssel történt, kitöltésére 100 személyt kértem fel, az önkéntességet és a névtelenséget figyelembe véve. A kérdések a zárt válaszolási lehetőséget biztosítottak. Az elemzéseket életkor szerinti csoportosításban (10 évenkénti felosztásban) végeztem.

Az alábbi hipotéziseket igyekeztem eldönteni:

- • Az egészség és az ideális testsúlyról alkotott képhez sokakban magas testtömeg index-el társul;
- • Az emberek nagy százaléka nincs tisztában azzal, hogy a megnövekedett testsúly rizikótényezőként szerepel egészségi állapotunk alakulásában;
- • Az iskolai végzettség, lakóhely szerinti különbségek, az életkor, valamint a családi anamnézis nagymértékben meghatározzák a helyes életmódot;
- • A reformétkezési ismeretek, a tömegkommunikáció és az egészségügyi intézmények sugallta egészséges táplálkozással összefüggő információk, továbbá a rendszeres testmozgás nem válik hétköznapi gyakorlattá.

Eredmények

Az eredmények a vizsgálati populáció öt korcsoportja alapján értelmezhetők. A kapott értékek alapján megfigyelhető, hogy a fiatalabb korosztály magasabb testsúlya valószínűleg a rendszertelen étkezés, a meg gondolatlan, magas kalória értékű ételek fogyasztásából (gyorsétkeztetés) is ered. Az itt fogyasztott ételek az éhséget csillapítják, de tápértékük megkérdőjelezhető és mindenképpen szerepet játszanak az elhízás kialakulásában. Az egész napos munkahelyi elfoglaltság a nehéz megélhetés miatt, a háztartás vezetéséből adódó időhiány, nagyban befolyásolja a normális étkezési ritmus kialakulását.

Az egészségmegőrző tevékenység az életmódbeli változtatás nem tükröződött a válaszokban. Az egészség érték voltának felismerése, megismerése szükségszerű lenne, de az egyénekben nem alakul ki ezzel kapcsolatos megfelelő attitűd és készség. Hiányos ismeretek, hátrányos helyzetek korlátokat szabnak a helyes életmód kialakításának.

Az egészségi állapot önmegítélését a vizsgálat eredményei szerint a megkérdezettek nem tudták elvégezni. Saját egészségünk értékelése, az életmód minősítése nincs a köztudatban. Az iskolai végzettség és a lakóhely szerinti hovatarozás ezt a megítélést ugyancsak nagymértékben határozta meg. Sajnos egyes társadalmi rétegekben, csoportokban még napjainkban is a kövérség tekintélyt követelő, a társadalmi életben előkelőséget, gondtalanságot és gazdagságot jelent, ugyanakkor erőtartalékot, ellenálló képességet is, amelyre támaszkodni lehet betegség alatt.

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a lehetőségek (bevásárlóközpontok, árubőség, urbanizáció előnyei) jobban rendelkezésre állnak a városban élők számára, amely mindenképpen pozitívumként értékelendő a városon kívül élő emberekhez viszonyítva. Ugyanakkor az árubőség, a táplálékok élvezeti fogyasztása (gyorsétkeztetési kultúra) a városi életmódot folytatók hátrányát is jelenti egyben. Kétségtelen elgondolkodtató az a tény is, hogy kit látnak az emberek elhízottnak, miközben önmagukat nem ítélik kövérnek.

Következtetések

A megkérdezett személyek válaszait figyelembe véve elmondható, hogy az egészségről alkotott kép hiányos. A megkérdezettek sok munkával próbálták megóvni szociális háttérüket, miközben az életmódjukkal keveset

törődtek. Ennek ellenére elsősorban nem az anyagi helyzettől függ a helyes életmód kialakítása, mint inkább tájékozottságtól, saját elhatározástól, és megfelelő tanácsadástól. Az eredményes életmód alapvető feltétele, hogy a kliens el tudja sajátítani a preventív szemléletet, és ebben való közreműködésre megnyerhető legyen.

Az elhízás okainak hátterében éppúgy jelen voltak a hiányos egészségkultúra, mint az ország gazdasági fejlettségének, teljesítőképességének hiányosságai, a társadalmon belüli egyenlőtlenségek és az egészségügyi rendszer kifogásolható színvonala. Az elhízás növekvő tendenciájáért a nagy mennyiségű energia bevitel, a csökkenő fizikai aktivitás a felelős. A többletenergia bevitel, a meghonosodott családi táplálkozási szokások megléte különösen annak fényében érdekes, hogy a reformátkezési jellegzetességek nem ismeretlenek, azonban az emberek nem élnek vele. Nyilvánvaló, hogy napjainkban a nehéz megélhetés, a lakóhelyszerinti izolációból adódó nehézségek, a táplálkozás egyszerűsége, az életmódbeli ismeretek hiánya is hozzájárul ezekhez a problémákhoz. Ugyanakkor az egészségi állapot általános társadalmi értéke, az ezzel kapcsolatos nemtörődömség, és a motiváltság hiánya egyre inkább kilókból mérhető.

Az ápoló szerepe a helyes életmód megválasztásában

A helyes táplálkozás hasznosan szolgálja az egészséget, segít megőrizni a munkaképességet, az életkedvet, lassítja az öregedést. A normális testsúlyhoz és az egészségesebb élethez vezető utat azonban csak lépésenként lehet megtenni.

A testsúlyszabályozás egy egész életre szóló erőfeszítés, és kezelésében több alternatíva létezik. A 2003.-évben meghirdetett „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Program”-ját szem előtt tartva, mindent el kell követni annak érdekében, hogy az emberi egészség rizikófaktorainak csökkentése és az egészséges életmódot támogató programok javítsák a betegségtől mentes életszakasz hosszát. A Program értelmében az egészséges táplálkozás fontosságát hangsúlyozni kell, és olyan megvalósítási stratégiát kell kidolgozni, amelyben a diplomás ápolók hatékonyan vesznek részt, úgy az alapellátás, mint az intézeti ellátás vagy a mindennapi élet területén egyaránt. Az információk átadása, az egyén segítése, oktatása, a jó kapcsolat kialakítása fokozza a pozitív eredmény elérésének valószínűségét. A cél a táplálkozással összefüggő betegségek gyakoriságának csökkentése és a lakosság egészségi állapotának javítása.

Az egészséges táplálkozás ismereteinek elterjesztése a lakosság és a szakemberek körében egyaránt fontos. Az ápolói hivatás gyakorlása közben lényeges, hogy szakemberként törekedjünk az általunk nyújtott információ széleskörű megosztására. Fontos, hogy a lefogyni vágyás elhatározását segítsük elő, ésszerű célokat tűzzünk ki betegeinknek, törekedjünk arra, hogy a program fokozatos, sikereket támogató, és biztonságos legyen.

Az ételek megválasztása legyen tudatos, megfontolt, és az egészséges táplálkozást megkönnyítő, kedvező összetételű élelmiszerek határozzák meg a vásárlást. Az ápolók ebben is segíthetnek, felhívhatják a figyelmet az élelmiszereken látható lógókra, amelyek az egészséges választást támogatják.

Az ápoló munkája során törekedjen arra, hogy eredményesen segíthessen az egészségkultúra kialakításában, és ezt az egészségnévelés során, az ápolási folyamat mindennapos betegápolás részeként önálló feladatként végezze el. Az ápolási folyamat első szakaszában (felmérés) az egyénnel éreztetni kell, hogy az elhízás egészségi állapotot meghatározó probléma, súlyosabb esetben kockázati tényező. Az ápoló segíthet az önbizalom helyreállításában, új viselkedési forma, életmód megválasztásában, amelyben a helyes életmód egészségnyereséget jelent a beteg számára. A tervet a beteggel együtt kell kidolgozni, olyan megoldásokat javasolni, amelyek kis időráfordítást igényelnek, de a rövid időn belül kedvező eredménnyel járnak. Ismertetni kell a különböző ismeretterjesztő kiadványokat, az önszorgító csoportok tevékenységét, az ilyen programokban való részvétel lehetőségét. Az ápoló egyik feladata a dietetikus kollégához történő átirányítást megszervezni, így a betegnek lehetősége nyílik személyre szabott diétás tanácsadásban részesülni, amely minden esetben kedvezőbb eredményekhez vezet.

A tartós fogyás másik legfontosabb biztosítója a napi testkultúra megválasztása, mely legyen egyénre szabott, s a napi rutintevékenységek közé célszerű beiktatni. Ehhez ismét csak kérhető társszakember közreműködése, gyógytornász kollégával való konzultáció megtaníthatja a beteget olyan gyakorlatokra, amelyek könnyen végezhetőek, de képesek magasabb igénybevétellel elősegíteni a tartós testsúlycsökkenést.

Összefoglalva, az ápolók felkészítettségük alapján alkalmasak önállóan az elhízottság megállapítására, tanácsadás megkezdésére, más szakemberhez történő átirányítás megszervezésére, általában tehát társadalmi szintű közegészségügyi kampányokban való hasznos részvételre. A lakossági szokások megváltoztatásához azonban kritikus hangsúlyt kell helyezni a példamutató magatartásra, amelyben elvárás, hogy az egészségügyi dolgozó élenjáró legyen. Szükség van tehát arra is, hogy miközben betegeinket nyújtunk támaszt, saját kollégáinkra is hasonló figyelmet fordítsunk, és egészséges táplálkozásukat mi is elősegítsük, megerősítsük.

Irodalom

1. „Az egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” (<http://www./johanb>)
2. „Life for live” – program 2001 USA
3. Bogin, B. American Association for the Advancement of Science. University of Michigan
4. Hellman, C. G. (2003). Kultúra, egészség és betegség Budapest: Medicina Könyvkiadó.

5. Chopra, D. (1999). Tökéletes testsúly. Édesvíz Kiadó.
6. Egészség (1998), 112. Évfolyam, 2. szám.
7. Egészségnevelés, a nemzeti Egészségvédelmi Intézet folyóirata XXXIV. Évfolyam, 1993.
8. Egészségügyi Gazdasági Szemle, XXXVIII. Évfolyam, 3. szám, 2000. Június
9. Ewles és Simnett (szerk) (1999). Az egészségfejlesztés. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
10. Fehér, J. és Hagymási, K (1999). Rajtunk is múlik. Budapest: Medicina Könyvkiadó
11. Illyés, I. (2001). Az elhízás mai szemlélete Budapest: Medicina Könyvkiadó.
12. Medicus Univesalis XXXIII. Évfolyam, 2. szám, 2000. április
13. Népegészség, Orvos, Társadalom Magyar Tudományos Akadémia Budapest, 1998.
14. Pados, Gy. (1995). Elhízás – Fogyókúra. Medintel Könyvkiadó.
15. Praxis, a házi orvoslás elmélete és gyakorlata 8. évfolyam, 11. szám, 1999 november
16. Wickelgren, I (1998). Obesity, how big a problem. (http: www.obesity.com)

[Vissza a tartalomhoz](#)

Kistérségi egyenlőtlenségek az otthoni szakápolás vonatkozásában a dél-dunántúli térségben

**Oláh András^{1,2}, Dr. Sándor János³, Dr. Boncz Imre^{4,5}, Betlehem József^{6,7},
Dr. Sebestyén Andor⁸, Dr. Kisbenedekné Gulyás Kinga⁹, Dózsa Csaba¹⁰**

¹ főtitkár, Magyar Ápolástudományi Társaság

² főiskolai tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és
Ápolástudományi Intézet

³ egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Közegészségtani Intézet

⁴ főosztályvezető, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály

⁵ tiszteletbeli docens, Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Diagnosztikai és
Menedzsment Intézet

⁶ elnök, Magyar Ápolástudományi Társaság

⁷ főiskolai docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és
Ápolástudományi Intézet

⁸ egészségügyi igazgató-helyettes, OEP Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár

⁹ Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztály

¹⁰ egészségügyi, ellátási főigazgató-helyettes, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Bevezetés: A szerzők célja, a Magyarországon 1996 óta az egészségügyi ellátórendszer részét képező otthoni szakápolási rendszer eredményességének vizsgálata olyan objektív mutatók felhasználásával, mint a hozzáférés és az igénybevétel területi egyenlenségeire vonatkozó kistérségi adatok.

Adatok és módszerek: Az elemzés alapját az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) finanszírozási és teljesítmény adatai jelentették. A vizsgálathoz az 1998-2002. közötti időszak adatai kerültek felhasználásra úgy, hogy a vizsgálat során az otthoni szakápolás hozzáférési mutatóit (virtuális lefedettség) vetettük össze a tényleges igénybevétel mutatóival (funkcionális lefedettség) országos szinten és megyei bontásokkal valamint elemeztük az otthoni szakápolás tényleges igénybevételi mutatóit a dél-dunántúli térség három megyéjében (Baranya, Somogy, Tolna).

Eredmények: Az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési mutatója a 2002. év végére 95,1%-ot ért el, azonban a funkcionális lefedettség – mint tényleges igénybevétel – jóval alacsonyabb, 84,1%-os értéket mutatott. A mutatókat a dél-dunántúli térség megyéin belül részletesen is vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy elsősorban a nagyvárosokban és a közvetlen környezetükben elhelyezkedő településeken vehető igénybe ténylegesen az otthoni szakápolás.

Következtetés: A funkcionális lefedettség, mint az igénybevétel mutatója mind országosan, mind a dél-dunántúli térség vonatkozásában jelentősen elmarad a virtuális lefedettség (hozzáférés)

mutatóitól, aminek következtében az otthoni szakápolás igénybevételi lehetősége a lakosság jelentős része számára nem biztosított a gyakorlatban.

Kulcsszavak: *otthoni szakápolás, finanszírozás, egészségbiztosítás, Magyarország, Dél-Dunántúl*

Bevezetés

A 80-as évek végétől nyilvánvaló, hogy az anyagi tényezőkre még kevésbé figyelő, gondoskodó egészségügy ideológiája nem tartható. A jóléti társadalmakra jellemzően Európa országaiban a születéskor várható átlagos élettartam folyamatosan növekszik, a társadalom korösszetétele az idősebb korosztályok felé tolódik el, így az idősek gondozása az Európai Unió országaiban is megoldandó problémát jelent. A fejlett országokban megfigyelhető tendencia (ha jóval szerényebb mértékű növekedéssel), de hazánkban is megmutatkozik. Az eltartó/eltartott arány jelentős változása a nagy társadalmi elosztó rendszereket – mint például a nyugdíj rendszer vagy az egészségügyi ellátó rendszer – komoly kihívás elé állítja. Hazánkban az egészségügyi rendszer elavult struktúrájából, a társadalom elöregedéséből, az idült betegségek előtérbe kerüléséből, a különböző okú háttérnélküliségből (elmagányosodás), a lakosság rossz egészségmagatartásából (az egészség nem érték), a költségrobbanás (folyamatosan nő a távolság a technikailag lehetséges és a gazdaságilag vállalható gyógyító eljárások között) és a magyar gazdaság visszaesése következtében kialakult válsághelyzetből csak az egészségügyi ellátás teljes átalakítása jelenthetett kiutat. Mindezek a problémák is felhívják a figyelmet a prevenció, valamint a költséges fekvőbeteg ellátás mind hatékonyabb kiváltásának fontosságára [1,2,3,4].

Az egészségügyi ellátórendszer elemeként 1996. októberétől jelenik meg az otthoni szakápolás, mint ellátási forma. Bevezetésének célja a költségigényes fekvőbeteg intézeti ellátás kiváltása, vagy annak segítése, hogy a betegek onnan minél korábban legyenek hazabocsáthatóak. Az otthonokban történő ápolási ellátásra és segítségre külön reagált az egészségügyi és a szociális ellátásunk is, mert a különböző típusú ellátások nyújtása jogszabályokban tételesen meghatározásra került. Az ápolás gyakorlata során viszont gyakran keveredik a szociális indokú segítő jellegű alapápolási és a betegségből eredő szakápolási szükséglet [5,6,7,8,9].

Az otthonápolás bevezetését követően újabb reformlépés előtt állunk, nevezetesen egyre többször vetődik fel az ápolásbiztosítás hazai kialakításának lehetősége [10,11,12], ami újabb indítást adhat az ápolási szakterület fejlődésének.

Tanulmányunk célja a hozzáférés és az igénybevétel területi egyenetlenségeinek vizsgálata kistérségenként valamint az ellátási formával kapcsolatos tapasztalatok és az esetlegesen felmerülő problémák feltérképezése volt, melyek figyelembe vétele hozzájárulhat az ápolásbiztosítási rendszer hatékony hazai adaptációjához is.

Vizsgálati anyag és módszer

A vizsgálat során az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) finanszírozási és teljesítmény adatainak felhasználásával (1997-2002) az otthoni szakápolás hozzáférési mutatóit vetettük össze a tényleges igénybevétel mutatóival országos szinten és megyei bontásokkal.

A hozzáférési mutató azt jelzi, hogy az adott megye települései milyen mértékben szerepelnek valamelyik otthonápolási szolgálat OEP finanszírozási szerződésében. Ez azonban csak elméleti (virtuális) hozzáférést jelent, ugyanis ez nem jelenti azt, hogy az adott település lakossága a gyakorlatban is igénybe tudja venni a szolgáltatást.

A tényleges igénybevétel jelentése, hogy a megye lakosainak hány százaléka vette ténylegesen igénybe az otthoni szakápolási ellátást (funkcionális lefedettség).

Az elemzés során tovább elemeztük az otthoni szakápolás tényleges igénybevételi mutatóit a dél-dunántúli térség három megyéjében (Baranya, Somogy, Tolna). Az itt használt adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2002. évi finanszírozási adatbázisból származnak. Az otthoni szakápolás keretében igénybe vett szolgáltatások jellemzőinek térinformatikai ábrázolása elősegíti a megyéken belüli és a megyék közötti ellátási egyenlőtlenségek bemutatását. A teljesítmény elszámolási rekordok területi kódot (közigazgatási kód, irányítószám) tartalmaznak, ami meghatározza a területi felbontás lehetséges minimumát [13]. A Központi Statisztikai Hivatalból származó demográfiai adatok segítségével kor és nem szerint standardizáltuk az adatokat. A lakosság számot a 2002. év évközépi lakosság számával azonosítottuk. Az elemzések során a statisztikai kistérségi és az irányítószám körzeti szerinti relatív esetgyakoriságot, illetve vizitgyakoriságot vizsgáltuk.

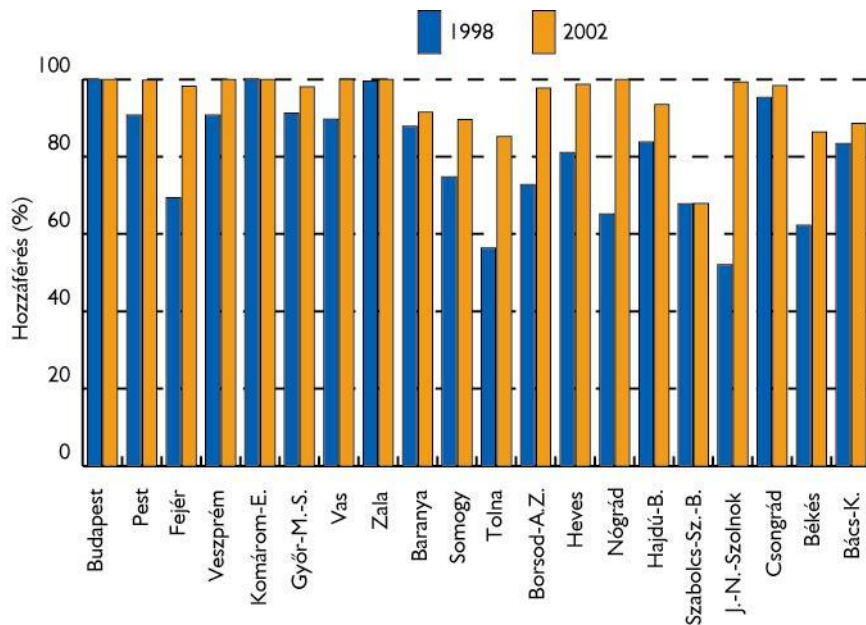
Nehezen hasonlítható össze eltérő nagyságú populációk esetében az ellátás szerveztségének szintje, hiszen nagyobb populáció esetében több lehet az ellátásra szoruló beteg, míg egy kisebb populáció esetében nagyon sajátosak lehetnek a megbetegedési viszonyok. A kisebb populáció esetében a házi szakápolás szerveztségi szintjének megítélhetősége érdekében empirikus Bayes becslést végeztünk, melynek során az egészségi állapot, a tényleges betegek száma és a népesség nagyságának figyelembe vételével, közelítéssel történhet a szükséglet nagyságának megállapítása [14,15].

Eredmények

Hozzáférési mutató és funkcionális lefedettség

Országosan az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési mutatója (hozzáférés, access) már az 1997. év végére 74%-os volt, a 2002. év végére pedig 95,1%-ot [16] ért el, ami azt jelenti, hogy a települések legnagyobb részében már elérhető (legalábbis elméletileg) valamelyik otthoni szakápolási szolgáltató.

Az országos adatokat vizsgálva az mutatható ki, hogy az 1998. évhez képest a megyék közötti eltérések 2002-re érezhetően csökkentek, azonban a területi különbségek továbbra is fennállnak (1. ábra). Az elemzés eredménye azt igazolja, hogy míg 1998-ban csupán 3 megye (Budapest, Komárom-Esztergom, Zala) mutatott 100%-os lefedettséget (hozzáférést), addig 2002-ben már a megyék több mint fele elérte vagy közelíti a 10%-ot.

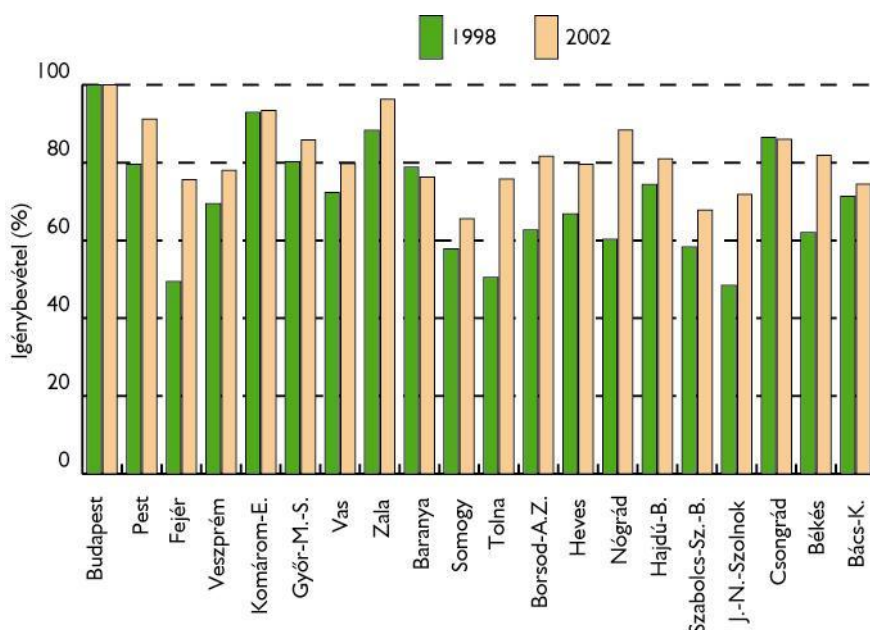


1. ábra – Az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési mutatói 1998-2002 között megyénként (adatforrás: OEP)

Az egyes megyékre jellemző ingadozásokon belül a dél-dunántúli térségre vonatkozó adatokat áttekintve azt tapasztaltuk, hogy 1998-ban Baranya megye mutató száma az országos átlagot (83,8%) meghaladta, míg Somogy és Tolna megye adatai az országos átlagnál jóval kedvezőtlenebb képet mutatnak. A 2002. évre mindhárom megye mutatói önmagukhoz képest ugyan javultak, de elmaradtak az országos átlagtól (95,1%).

Kiemelendő Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, ahol 1998-2002 között nem látunk érdemi változást a lefedettséget illetően. Pozitív példaként kell megemlíteni Jász-Nagykun-Szolnok megyét, ahol az 1998-as alig 52%-os lefedettség 2002-re kis híján elérte a 100%-ot.

Az egészségügyi szolgáltatásoknál nem csupán az elvi hozzáférhetőség a fontos mutatószám, hanem az is, hogy a lakosság milyen köre tudja azt ténylegesen igénybe venni. A funkcionális lefedettség, mint az igénybevétel mutatója országos viszonylatban 74,8% és 84,1% közötti ingadozást mutatnak 1998 és 2002 között, vagyis jelentősen elmarad a virtuális lefedettség (hozzáférés) mutatóitól. Az egyes megyék között tapasztalt eltérések 2002-re érezhetően csökkentek, azonban a területi egyenlőtlenségek továbbra is fennállnak (2. ábra).



2. ábra – A funkcionális lefedettség (igénybevétel) mérete megyénként (adatforrás: OEP)

Mindez azt jelenti, hogy bár az otthonápolási szolgálatok viszonylag nagy számban rendelkeznek az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött szerződésekkel [17], a lakosság mégsem tudja optimális mértékben a szolgáltatásokat igénybe venni az ország minden területén [18,19].

A hozzáférési mutató elemzésével megegyező módon a funkcionális lefedettség vizsgálatánál is külön megvizsgáltuk a dél-dunántúli térségre vonatkozó adatokat. Az adatokból kitűnik, hogy Baranya megye 1998-ban az országos átlag (74,8) felett, Somogy és Tolna megye az országos átlag alatt van, míg a 2002. évre mindhárom megye mutatói az országos átlag (84,1) alatti értéket mutatnak. Kiemelni szükséges azonban azt is, hogy míg Somogy és Tolna megye mutatói önmagukhoz képest javultak 1998-2002 viszonylatában, addig Baranya megye értéke még önmagához képest is visszaesett 2002-re.

A két mutató alakulását megyénkénti bontásban vizsgálva Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala megye esetében a különbség nagymértékű csökkenése, míg Somogy, Nógrád és Jász-Nagykun-Szolnok megye vonatkozásában a különbség nagyarányú növekedése figyelhető meg. Fejér, Veszprém és Vas megyékben a különbség 1998-2002 között ugyan érdemben nem emelkedett, de állandóan magas. Budapest esetében mindkét mutatószám valamennyi vizsgált évben egyaránt 100%-os.

A hozzáférési és funkcionális mutatók közötti különbség mértékét vizsgálva a dél-dunántúli térségben megállapítható, hogy a két mutató közötti különbség mindhárom megye esetében nőtt. A hozzáférési és a funkcionális lefedettségi mutató közötti különbség növekedéséhez hozzájárulhat a virtuális lefedettség országos viszonylatban megfigyelhető növekedése, azonban Somogy és Tolna megyében nagyobb mértékben nőtt a hozzáférés mértéke, mint a két mutató közötti különbség nagysága.

A hozzáférési és a funkcionális lefedettségi mutató közötti különbségre vonatkozó adat önmagában nem elégséges az otthoni szakápolás igénybevételi lehetőségének vizsgálatára. Figyelembe kell vennünk azt is, hogy a legtöbb megye esetében már a hozzáférési mutató sem volt 100 százalékos, így annak ellenére, hogy a két mutató különbsége nem nagy, jelentős ellátási deficit figyelhető meg.

Az igénybevétel korcsoportos értékelése

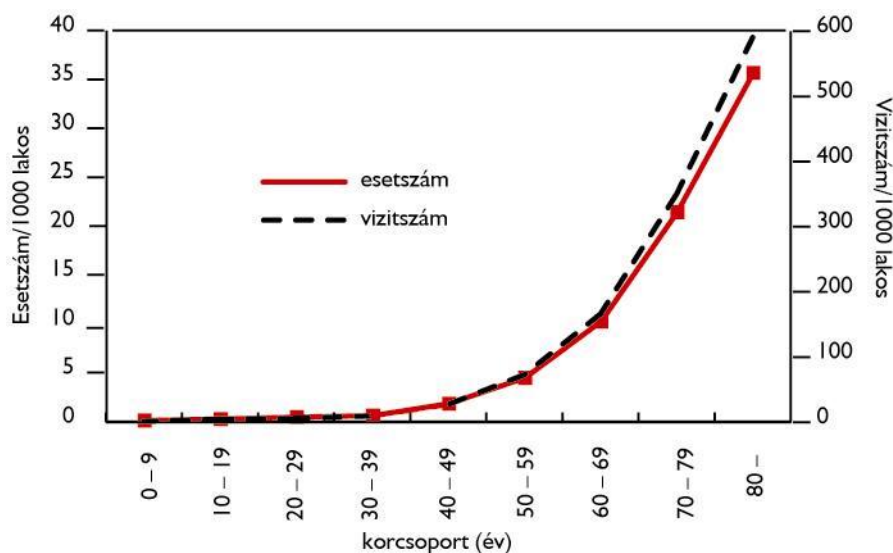
A Dél-Dunántúlra vonatkozó adatokból kitűnik, hogy az 1 006 510 fős populációból 1000 lakosra vonatkoztatva 4,8 eset részesült otthoni szakápolási ellátásban és 79 szakápolási vizit került finanszírozásra, amelyre teljesítménydíjként összességében több mint 145 millió forintot utalt ki az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

Az 1. táblázatból megfigyelhető, hogy az otthoni szakápolás igénybevétele az esetek többségében az ötödik dekádban kezdődik és az igénybevétel gyakorisága, a szakápolási vizitek száma és mindezekből kifolyólag az ellátás költsége, az életkor növekedésével folyamatosan növekszik. Ennek oka, hogy a kor előrehaladtával romlik az egészségi állapot és nő a speciális szakápolási feladatok ellátását igénylő esetek száma. A családtagok kevésbé tudják/akarják felvállalni, megtanulni a – számukra idegen, de – hozzátartozóik ellátásához szükséges feladatokat. Az 1000 lakosra jutó dél-dunántúli otthonápolás esetszámot és vizitszámot a 3. ábra mutatja.

Kor (év)	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
----------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Esetszám	9	31	70	79	289	585	1066	1700	1068
Vizitszám (db)	130	574	928	1293	4316	9547	17287	27792	17680
Finanszírozás (eFt)	236	1.040	1624	2279	7794	17319	31606	51209	32888
Populáció (fő)	91609	122764	156108	132621	158216	130927	104054	79371	29940

1. táblázat – A vizsgálat alapját képező alapadatok korcsoportonként a dél-dunántúli térségben (2002. év, adatforrás: OEP)



3. ábra – 1000 lakosra jutó otthonápolás esetszám és vizitszám (Dél-Dunántúl, 2002)

Az eset- és vizitszám kistérségi egyenlőtlenségei

A megyék között a hozzáférésben és az igénybevételben mutatkozó nagyarányú eltérések azt jelzik, hogy igen komoly területi egyenlőtlenségek találhatók az országon belül. Mindezek alapján indokolt volt a megyén belüli, a kistérségekre és az irányítószám körzetekre vonatkozó részletesebb elemzés elkészítése a három dél-dunántúli megyére.



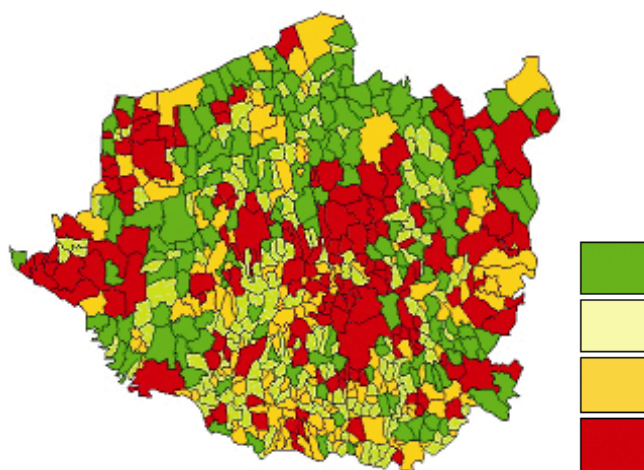
4. ábra – Az otthoni szakápolás rendszerében finanszírozott esetek relatív gyakorisága a dél-dunántúli régió kistérségeiben (2002. év)



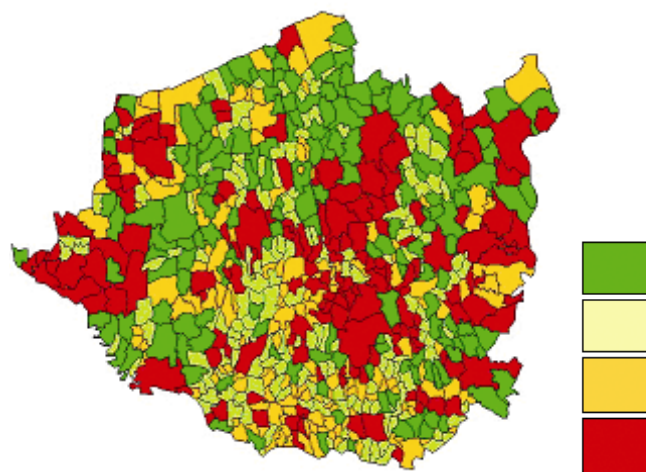
5. ábra – Az otthoni szakápolás keretében finanszírozott vizitek relatív gyakorisága a dél-dunántúli régió kistérségeiben (2002. év)

A 4. és 5. ábrán korstandardizált értékek felhasználásával az esetszám és a vizitszám relatív gyakoriságát mutatjuk meg, azaz, hogy az otthoni szakápolás keretében a regionális átlag alapján az adott kistérségre számított várható esetszámhoz és vizitszámhoz képest hányszorosa volt a ténylegesen ellátott betegek és jelentett vizitek száma. A 4. ábrából kitűnik, hogy nagyok a különbségek, hiszen egyes kistérségekben a várható esetszám mindössze 6%-a került ellátásra (Tab), míg más kistérségek vonatkozásában azt tapasztalhatjuk, hogy a várható esetszám közel másfélszerese részesült otthoni szakápolás keretében ellátásban (Paks). A 5. ábráról többnyire a 4. ábrán is megfigyelt jellegzetességek szinkronban levő értékek olvashatóak le, azonban a komlói kistérség esetében feltűnő, hogy míg az átlagnál jobb (de nem túl jó) mértékű volt az esetszámok alakulása, addig a vizitek számának alakulása az átlagnál sokkal jobb képet mutat. Vagyis a komlói kistérségben az egy esetre jutó átlagos vizitszám magasabb a regionális értékeknél.

A korábbi ábrákból kitűnik, hogy vannak megyék és azokon belül kistérségek, települések, ahol az esetszámok és vizitszámok felhasználása az átlagnál sokkal rosszabb, vagy jobb. Nem mindegy azonban az sem, hogy mekkora az adott település lakossága, vagyis mennyi a potenciális páciens. Az ellátás szervezetszervezésének megítélésére – kiküszöbölendő a fentiek miatti torzítást – *simítási eljárást alkalmaztunk* (empirikus Bayes becslés). A 6. és 7. ábrák irányítószám szerinti körzetenként tartalmazza a simított, korstandardizált relatív gyakorisági adatokat.



6. ábra – Az ellátás szervezetszervezés az irányítószám szerinti körzetenkénti esetgyakoriság alapján számítva a dél-dunántúli térségben



7. ábra – Az ellátás szervezettsége az irányítószám szerinti körzetenkénti vizitgyakorosság alapján számítva a dél-dunántúli térségben

Összefoglalás

Országosan az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési mutatója (hozzáférés, access) a 2002. év végére 95,1%-ot ért el, ami azt jelenti, hogy a települések legnagyobb részében már elérhető (legalábbis elméletileg) valamelyik otthoni szakápolási szolgáltató. A funkcionális lefedettség, mint az igénybevétel mutatója mind országosan, mind a dél-dunántúli térség vonatkozásában jelentősen elmarad a virtuális lefedettség (hozzáférés) mutatóitól. Sokat kell tehát még azért tenni, hogy a szolgáltatások ne csak elvi szinten, hanem a gyakorlatban is egyenlő eséllyel válják igénybe vehetővé, hiszen a funkcionális lefedettség jellemzőiből az is kiténik, hogy elsősorban a nagyvárosokban és az azok közvetlen környezetében elhelyezkedő településeken vehető igénybe ténylegesen az otthoni szakápolás. Az igénybevételek irányítószám körzetek szerint elemzését korábbi dolgozatunkban publikáltuk [20].

A házi szakápolás magyarországi bevezetése jelentős lépés volt az ápolás szakma számára és az eddigi tapasztalatok általában kedvezőek. Az ellátási formát egy szükséges, ám jelenleg nem elég hatékony és semmiképpen nem egyedüli válasznak tekintjük a társadalom részéről a demográfiai és szociológiai változásokból, a gazdasági teljesítőképesség jellemzőiből eredő kihívásokra. Elérkezett az idő, amikor az otthoni szakápolási ellátások kapcsán elegendő adat gyűlt össze és szükséges ezen adatok részletes elemzése. Az otthoni szakápolás területén felhalmozódott tapasztalatok és az ebből levonható következtetések sok segítséget nyújthatnak a rendszer fejlesztéséhez, azonban az ellátási forma önmagában, a hatékonyság növelése, a prevenció, az ápolási osztályok és a hospice ellátás fejlesztése, valamint az ápolásbiztosítási rendszer hazai meghonosítása nélkül nem bizonyulhat elegendőnek a problémák kezelésére.

Irodalom

1. Katona T.: Demográfiai helyzetünk. Egészségügyi Menedzsment, 1999, 1(1): 13-14.
2. Buda J.: Demográfia – szomatometria – epidemiológia: Az egészségi állapot népesség szintű meghatározása. főiskolai jegyzet, POTE EFK, Pécs, 1993.
3. Boncz I.: Az egészségügyre fordított kiadások nemzetközi összefüggései in: Boncz I., Horváth B. (szerk.): Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai. főiskolai jegyzet, PTE EFK, Pécs, 2001.
4. Tahin T. (szerk.): Bevezetés a szociálpszichológiába és a szociológiába. főiskolai jegyzet, POTE EFK, Pécs, 1995.
5. Kárpáti Zs., Krasznai É.: A házi ápolásról nem csak ápolóknak. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 2001.
6. Nosza M.: A házi betegápolás helye és szerepe az egészségügyön belül. Háziorvosi szemle, 1996. 3(1): p. 22-23.
7. Sövényi Ferencné: Az otthoni szakápolás rendszerbe állítása. Háziorvosi szemmel, a Háziorvosi Szemle szakmai melléklete, 1996. szeptember, 8-9.
8. Illei Gy.: Otthoni betegápolás a főiskolai diplomás ápoló képzésben. Nővér, 1999, 12(3): 25-26.
9. Schaffer J.: Az otthonápolás finanszírozásának elemzése. Mozgásterápia, 1999, 8(1): 8-9.
10. Boncz I., Betlehem J., Sebestyén A.: A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalai. Nővér, 2001, 14(6): 7-14.
11. Tóth I., Kisbenedekné Gulyás K., Szűcs Tamásné, Sebestyén A.: Az ápolásbiztosítás rendszere Németországban. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2002, 40(2): 163-174.
12. Boncz I., Gabányi J., Sebestyén A., Betlehem J., Gulácsi L., Dózsa Cs.: Hosszú idejű ellátás és ápolásbiztosítás Hollandiában. Egészségügyi Menedzsment, 2003, 5(3): 62-67.

13. WHO Expert Committee on Information Support for New Public Health Action at District Level: Information Support for New Public Health Action at District Level. 1994, WHO Technical Report Series, 845.
14. Cressie, N.A.C.: Statistics for spatial data. John Wiley&Sons. 1991.
15. Cressie, N.: Smoothing regional maps using empirical Bayes predictors. Geog Analysis. 1992, 24, 75-95
16. Oláh A.: Az ápolási rendszer továbbfejlesztésének lehetőségei: a házi szakápolástól az otthonápolásig. PTE EFK Szakdolgozat, Pécs, 2002.
17. Dózsa Cs., Kisbenedekné Gulyás K., Borcsek B.: Az otthoni szakápolás hatéves fejlődése - egészségbiztosítási szemmel. Ápolásügy, 2003, 16(2): 16-22.
18. Izbéki J.: Az otthoni ápolásról a szakmai felügyelet szemszögéből Háziorvosi szemmel: a Háziorvosi szemle továbbképző melléklete, 1996, szeptember: p. 19-20.
19. Falus F., Nemes-Szabó E.: Helyzetkép a hazai otthoni szakápolásról. Egészségügyi Menedzsment: Az egészségügy hatékonyságának és minőségének fejlesztéséért, 1999. 1(2). p. 20-22.
20. Boncz I., Sándor J., Oláh A., Betlehem J., Sebestyén A., Kisbenedekné Gulyás K., Dózsa Cs. Az otthoni szakápolás igénybevételek területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben. Lege Artis Medicinae, 2004, 14(1): 47-52.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Keresztutak a roma közösségben: kultúra és egészség találkozása**

Vivian Carrie és Lauren Dundes

Folyóiratunk, hagyományainknak megfelelően, olyan kéziratot ismertet az alábbiakban, amely erősíteni igyekszik a kulturálisan meghatározott ápolási tevékenységek létjogosultságát, egyre meghatározóbb szerepét. Különösen értékesnek tartjuk, hogy az ismertetett írás a tengeren túlról származik; a távolság és a földrajzi elválasztottság ugyanis, mint az a következőkből kiderül, egyáltalán nem változtatja meg a különböző földrészekben letelepedett azonos gyökerű etnikai csoportok ápolási szükségleteit, gondozásuk alapjait.

Ennek az ismertetőnek a célja felhívni az ápolók és más egészségügyi szakemberek figyelmét azokra a gyakran előforduló kulturális tényezőkre, amelyek hátráltatják a romáknak nyújtott optimális ellátást, és javaslatot tenni arra, hogyan kerülhetők el ezek a kulturális csapdák a gondozás során. Az írás hangsúlyozza az egészséggel összefüggő szociokulturális háttér megértésének szükségességét, ami a kulturálisan kompetens és hatékony gondozás alapfeltétele.

Az ismertető rámutat azokra a roma kulturális szokásokra, amelyek befolyásolják egészségügyi ellátásuk minőségét. Ezek a következők: a szennyezettségről és tisztaságról, az ideális testsúlyról, a védőoltásokról és műtéti beavatkozásokról kialakult nézetek. Az egészségügyi személyzet rugalmassága a roma család és hagyományok szerepének megértésében, a roma hierarchia-rendszer tiszteletben tartásában, kedvezően befolyásolhatja a beteg együttműködését és kezeléssel való elégedettségét. A szerzők végül megállapítják: a romák egészségi állapotra és az egészségügyre vonatkozó nézetei kulturálisan eltérőek más csoportokétól. Ezeknek a jellemzőknek az ismerete, és a kezelésbe történő bevonása fontos a romák gyógyításában, gondozásában.

A cigányok, vagy másképpen az Egyesült Államokban egészségügyi ellátásért folyamodó roma etnikum tagjai, azok közé a változatos háttérrel rendelkező betegek közé tartoznak, akik markáns meggyőződésük és gyakorlatuk miatt komoly nehézségeket okoznak az egészségügyi személyzetnek (Kemp, 2002; Thomas, 1985). Annak ellenére, hogy az egészségügyi szakemberek tisztában vannak az erre a csoportra legjellemzőbb kockázati tényezőkkel: úgymint dohányzás, egymás közötti házasság, magas zsírtartalmú étrend (Ginter, Krajcovicova-Kudlackova, Kacala, Kovacic, & Valachovicova, 2001; Thomas, 1985), mégis kevésbé informáltak azon társadalmi tényezők befolyásáról, amelyek az egészségügy igénybevétele és végső soron a minőségi ellátást meghatározzák. Tekintettel a közel 1 millió Amerikában élő roma ellenállására (Thomas, 1985), ami beilleszkedésüket meghiúsítja, a szerzők ezzel az írással fokozni kívánták az egészségügy romákkal szembeni

kulturális érzékenységét, és rá kívántak mutatni azokra az eltérésekre, amelyekkel elkerülhető a hibás kommunikáció, és amelyek hátrányosan befolyásolják a romáknak nyújtott gyógyítás és gondozás minőségét.

Kulturális háttér

A cigányok helyes megnevezésére használatos kifejezés a „roma” jelző. A romák számára a cigány kifejezés használata sértő és lenéző, mivel ez tévesen értelmezi a roma örökséget. Az európai kultúrkörben, mutat rá Carrie és Dundes, az a nézet alakult ki, hogy a romák India északi részéből származnak, és egyiptomi eredetűek. A cigány jelzőhöz negatív jelentéstartam kötődött, emiatt inkább a roma megnevezést kedvelik (Robinson, 2002). A cigány kifejezés gyakran mosódik egybe az angol nyelvben például a becsapással, csalással, ami ugyancsak rámutat a pejoratív megkülönböztetésre.

Noha közel 1 millió roma él az Egyesült Államokban, a romák nem jegyzik fel pontosan sem a születéseket, sem a halálozásokat, ezért a népszámlálásban sem szerepelnek külön népcsoportként, így pontos számadatok sincsenek róluk. Vándorló életmódjuk éppígy akadályozza nyilvántartásukat. A legtöbb amerikai roma városokban él, főképpen Chicago, San Francisco, Houston, Fort Worth, Seattle, Atlanta és Boston ad otthont nekik (Kemp, 2002). Történetük megértése jobban hozzásegít kulturális értékelésükhöz.

A romák Indiából vándoroltak ki a Közel-Keletre és Európába nagyjából 1000-ben, világméretű diaszpórát alakítva ki (Sutherland, 1986). Számos népcsoport közös elnevezését takarja a roma. A szerzők útmutatása szerint az Amerikában élő romák 5 fő csoportja ismert, akik javarészt 1850 és 1914 között vándoroltak ki: romák (eredetileg osztrák, magyar, orosz és szerb nemzetiséggel), ludarok, romnyicselek, a fekete hollandok és a magyar romák (Kemp, 2002; Smithsonian Institution, 2002; „This and That...”, 2003). A romákat történetük során állandóan üldözték, amit súlyosbított az a kelet-európai hit, hogy a romák készítették a Krisztus megfeszítéséhez használt szögeket (Kemp, 2002). A középkorban elterjedt nézet szerint a romák Sátán leszármazottai voltak. Németországban, 1721-ben VI. Károly cigányüldözéseket szervezett, miután fölesküdt a romák kiirtására. Az európai romák közel fele volt rabszolgasorsban 1300 és 1850 között. Hetven évvel később üldöztetésük folytatódott Németországban. Nem használhatták a közterületeket (úgy mint parkok és egyéb létesítmények), és kötelezően be kellett jelentkezniük a rendőrségen fellelhetőségük nyomon követése miatt (Robinson, 2002; University of Houston, 2003). A romák ugyanúgy a náci koncentrációs táborok áldozatai is voltak. Ötszáz ezer és 1 millió között volt Auschwitz és Birkenau haláltáborában elpusztított romák száma; Himmler a német tisztikart utasította a zsidók, cigányok és gyengeelméjűek kiirtására (Kemp, 2002). Annak ellenére, hogy a túlélőket kártérítés illette meg, a közel 5000 túlélő 2000-ig nem kapta meg a neki járó összeget (Robinson, 2002).

Számos kormányzat, fehér fajvédő csoport és személy a romákat továbbra is nemkívánatos jövevényeknek tartja (Kemp, 2002). Carrie és Dundes megjegyzik, hogy a megkülönböztető bánásmód az iskoláztatás, egészségügy, szociális ellátások és foglalkoztatás terén elég gyakori a volt szocialista országokban. Bulgáriában készült felmérések alapján 91% szerint a romák eleve bűnöző alkatok, 83% szerint lusták és felelősségtudatmentesek. További 59% nem élne velük közös területen, 94% nem házasodna romával, és 69% nem barátkozna velük. Utóbbi két érték további 5%-kal növekedett az 1992-ben készült felmérés óta (Robinson, 2002, p. 3-4). Szerbiában a nacionalista csoportok 1997 óta ijesztő méretekben gyilkoltak meg romákat, mivel a romák nem vonzódnak egyetlen politikai vagy vallási csoporthoz sem. Dragan Stankovic, belgrádi roma képviselő szerint a roma gyerekeket is megkülönböztető bánásmódban részesítik. Az iskolákban külön osztályba járnak vagy hátra ültetik őket a padsorban. Más diákok és tanárok is rendszeresen molesztálják a roma tanulókat, a rendőrségen tett feljelentések értelmetlenek. Magyarországon a romák a lakosság 15%-át teszik ki, de ők adják a bebörtönzöttek 60%-át (The Economist, 2001).

A szerzők egyértelműen leszögezik: a romák a nyugati társadalmtól eltérő kultúrával rendelkeznek. Az amerikai romák angolul és romául beszélnek. A romát a görög, arab, szláv és szanszkritt nyelvek befolyásolták leginkább. A roma nyelv eddig szóbeliségen alapult, írásos formája csak nemrég jött létre. A nyelv és dialektusai csoportonként változnak (Kemp, 2002). A fiatalabb romák tudnak írni és olvasni, az idősebb családtagok azonban a fiatalokra támaszkodnak ezen a téren (Sutherland, 1986). A gyerekeknek gyakran megengedik, hogy 10 éves korukig nem roma iskolába járjanak, néhányan még felsőbb oktatási intézményekbe is eljutnak (Kemp, 2002).

Sok amerikai nem tudja, hogy romák is élnek az országban, mivel kerülnek a nem romákkal való kontaktust. A romák inkább a városok szegényebb negyedeiben laknak és családi vállalkozásokban dolgoznak. A két leggyakoribb roma foglalkozás a jövendő-mondás és az autószerelő (Sutherland, 1986).

A hatalmas és többgenerációs család fontos a romáknak; amikor még táborokban éltek, a romák folyamatosan látogatták egymás otthonát (Sutherland, 1986). A család iránti hűség fenntartása, a nem ritkán 6-15 tagot számloló többgenerációs családokban, létfontosságú a romák számára. Még ha a családtagok egymástól távolabb is élnek, újra találkoznak, ha születés vagy halálozás történik a családban.

A romák történetileg korán házasodtak, a lányok 14-17 éves korban, a fiúk 16-18 között (Thomas, 1985). A vőlegény apja, aki a menyasszonyt választja ki, előre is megegyezhet a házasságról, gyakran másod-unokatestvéreket boronálva össze. Férfi roma elvehet nem romát is, de a feleségnek fel kell vennie a roma

szokásokat és életmódot. Az esküvő 3 napig tart, a házasoknak utána a férj szüleinél kell lakniuk mindaddig, amíg meg nem győződnek arról, hogy a férj képes felnőtt módjára eltartani családját (Kemp, 2002). Ha a fiatal feleségnek kórházi kezelésre van szüksége, az ezzel kapcsolatos döntéseket a férj szülei hozzák meg (Thomas, 1985). A pár gyermekei a férj családjához tartoznak, nevelésüket a férj anyja felügyeli. A feleségnek anyósához kell fordulnia a gyermek gondozásával, gyógyításával kapcsolatban. Ez magába foglalja például a gyermek kötelező védőoltásához való engedélyt is (Gropper, 1996). Amikor a gyermek megszületik, olyan keresztnévet kap, amit csak az anya ismer. A mindennapi életben használt keresztnévüket a keresztelés során kapják meg. Egyéb neveket akkor vesznek fel, ha a gyermeket a keresztény vallás szerint nevelik (Robinson, 2002).

A romáknak nincs hivatalos vallásuk. Miután vándorlók, mindig azt a vallást vették fel, ami az adott országra jellemző volt. A romák a katolikus, protestáns, hindu, mohamedán és bizánci katolicizmushoz egyaránt alkalmazkodtak. Ezek a vallások a társadalmi beilleszkedésben fontosak; a romák ellenben továbbra is hisznek a természetfeletti erőkben, vajákosságban, babonákban, a rontásokban és szellemekben. Gyermekeiket megkeresztelik, és olajjal dörzsölik be, hogy erővel hárítsák fel őket (Kemp, 2002; Robinson, 2002).

Carrie és Dundes azonban rámutat: a romák sokszor próbálják elfedni az örökségüket. Amerikai stílusú ruhákban járnak, bár a nők színes blúzokat és hosszú szoknyát is viselnek. Ha rákérdeznek, gyakran vallják magukat mexikóinak, románnak vagy indiánnak, mivel a nevükhöz tapadt tolvajlás hátrányos megkülönböztetést eredményezhet számukra (Sutherland, 1986).

Roma szokások és az egészségügy

A roma kultúra egyedülálló elképzeléseket fogalmaz meg az egészségről és az egészségügyi ellátásról. Gyakori a zavartság az eljárásokban és beavatkozásokban, ha a kórházi kezelésre szoruló romák kulturális szokásaikat nem ismerő egészségügyi személyzettel találkoznak. A kielégítő kezelési eredmények érdekében, nem ritkán, szükség van a szokásostól eltérő körülmények kialakítására. A kultúrájukban eltérő betegek gyakran helyeznek nagyobb hangsúlyt a kezelés típusára, mint az őket gondozó ápolók vagy más szakemberek. A tévhitek eloszlására tett erőfeszítés legalább olyan fontos, mint maga a kezelés, ugyanis ezek befolyásolják a beteg együttműködését, pszichés alkalmazkodását és felépülését (Leininger, 1991). A legmagasabb szintű gondozáshoz szükséges a betegek kulturális szokásainak beillesztése a kezelési tervbe, ezekre nem akadályként kell tekinteni. Azok a szakemberek, akik hajlandók a beteg eltérő nézeteit elfogadni és megérteni, élvezni fogják egy minőségibb ápoló-beteg kapcsolat előnyeit.

Gyanakvás

Justin (2001) szerint a faji előítéletek alapján való bánásmód az egészségügyben éppolyan honos, mint az igazságszolgáltatás terén. A romák gyakran kerülnek szembe hátrányos megkülönböztetéssel az egészségügyi személyzet tévhite miatt. Sokak sztereotípiája szerint a romák lopnak, hazudnak, és nem fizetik ki kezelésük költségeit a kórházból való távozás után, hiszen úgyis „odébb állnak egy házzal”. Ennek következménye, hogy orvosok és ápolók visszautasítják kezelésüket. Justin szerint ezek a vádak megalapozatlanok: egy roma tábor közelében végzett orvosi tevékenysége során azt tapasztalta, hogy ha késedelmesen is, de minden számlájukat kiegyenlítették, és nem loptak vagy hazudtak többet bármely más népcsoport tagjainál (Justin, 2001). A külső megjelenésen, vallási vagy kulturális meggyőződésen alapuló megítélés rontja a beteg-szakember kapcsolatot azzal, hogy felkelti a gyanakvást, ellenségességet. A romák kezelésének visszautasítása korlátozza azoknak a helyeknek a számát, ahol megfelelő ellátást kaphatnak, beleértve a sürgősségi ellátóhelyeket is.

Elképzelések az ideális súlyról

A romák a jó egészséget a jó szerencsének tulajdonítják, minél többet nyom egy személy a latban, annál nagyobb a szerencséje és várhatóan az egészsége is. A súly a jó egészség és tehetőség szimbóluma (Sutherland, 1986; Thomas, 1985). A szerzők szerint sok egészségügyi szakembert megzavar és frusztrál ez a vélekedés, miután közismert az elhízáshoz kapcsolódó betegségek káros hatása. Hiba lenne ezért a frusztrációt szabadjárá engedni, és egy túlsúlyos roma beteg meggyőződésével szemben intoleránsan viselkedni. A legegyszerűbb megoldás, tiszteletben tartani a roma beteg elképzeléseit, és érthetően elmagyarázni, hogyan károsítja az elhízás a szervezet egészét. A türelem és megértő gondoskodás növelik a beteg együttműködésének esélyét (Leininger, 1991).

Védőoltások

Carrie és Dundes tapasztalatai szerint a romák általában nem ellenzik a védőoltásokat, de kisebbségük nem hisz benne. A romák bizalmukat inkább a népi gyógymódokba vetik. Hacsak nem súlyos betegségről van szó, a romák inkább a népi gyógymódokat részesítik előnyben a hivatalos orvoslással szemben. A védőoltások kötelezőek az iskolai beiratkozáshoz, de sok roma gyermek nem jár hivatalosan iskolába, ezért védetelenek maradnak egyes járványos betegségekkel szemben. Következésképpen a gyermekkori fertőző betegségek, mint például a kanyaró, gyakoriak közöttük. Például, egy kétéves roma fiú, aki nem volt beoltva, egy 1983-as járvány idején 44 gyermeket fertőzött meg, ebből 27 saját társai közül való volt (CDC, 2002). Az ilyen következmények

ellenére is az egészségügyi személyzetnek el kell fogadnia, hogy egyes roma családok igyekeznek elkerülni a beoltást. A romák szerint a beoltás ugyanis felesleges gyakorlat, hiszen a népi gyógymódjaik amúgy is távol tartják a betegségeket. Annak megértése, hogy miért igyekeznek a romák kerülni a védőoltásokat, segíthet elkerülni a félreértéseket a személyzet és a családtagok között. Továbbá értékes megérteni a romák vándorló életmódját is, amely sokat segíthet a betegségek terjedésének megelőzésében, vagy eredetük visszavezetésében egy adott roma közösséghez.

A romák és a sebészeti beavatkozások

A romák kerülnek a műtéteket, amikor csak lehet. Szerintük ugyanis az altatás „kis halált” okoz. Ezért a családtagok sokszor körülállják a beteget, amíg az felébred az altatás után (Sutherland, 1986). Ha lehetséges, éppen ezért nem előnyös a látogatási időt korlátozni a családtagok számára. Miután ismert a műtéttől való félelmük, a teljes tájékoztatással jelentősen növelhető a komfort érzetük. Érdemes az értelmezésbeli különbségekre is odafigyelni, a romák ugyan a műtétet úgy értelmezik, mint valaminek a kivételét, ami nem minden esetben fedí a valóságot (Gropper, 1996). Carries és Dundes felhívja a figyelmet arra, hogy azok a szakemberek, akik nem értik meg a romák műtéttel kapcsolatos álláspontját, sokszor háborodnak fel azon, hogy olyan betegek magyarázzák a műtét fontosságát, aki kézzel-lábbal tiltakozik ez ellen.

Alternatív terápiaiak és betegségkép

A szerzők egyértelmű véleménye szerint a klinikai szakemberek másik nagy hibája, hogy feltételezik a romák bizalmát a hagyományos orvoslásban és egészségügyi rendszerben. A romák azonban úgy vélik, hogy egyes betegségek kívül esnek az orvoslás hatókörén, és helyette a roma gyógyítót kell felkeresni, aki gyógynövényekkel látja el őket (Sutherland, 2002). Ha ezek a terápiaiak nem hoznak eredményt, végső esetben felkeresik az orvost. Éppen ezért a klinikai szakembereknek meg kell állapítaniuk, hogy milyen gyógynövény- vagy más készítményeket szedtek roma betegek, mielőtt végleges diagnózist állítanak fel, és új gyógyszereket rendelnek el. Sokszor tűnődnek el a szakemberek azon, hogy miért nem hatásos egy hagyományos gyógyszer a roma betegnek, holott csak arról van szó, hogy a beteg visszatért a roma gyógynövényekhez. Thomas (1985) említi meg például egy roma beteg esetét, aki három évig kerülni az orvosi beavatkozást, miközben mellrákjára fokhagyma kompressziót alkalmazott terápiaiaként.

A klinikai szakemberek elveszíthetik türelmüket olyan roma elképzelések hallatán, mint pl. egyes baktériumok vagy vírusok nem is okoznak megbetegedéseket. Ehelyett a romák a betegségeket a tisztatlanságnak, elhanyagolt, koszos körülményeknek tudják be (Sutherland, 1986). A romák szerint az ördög vagy szellemek okoznak betegségeket, akik a nem rendben tartott, koszos roma otthonokat látogatják meg. Az ördögöt teszik felelőssé az epilepsziáért és egyes neurológiai panaszokért. A hányás, ami a szellemtől való megszabadulást jelenti, fontos roma gyógymód (a hányás maga a „nyálkás penésztől való megszabadulás”, Sutherland, 2002). A gyakorló szakemberek ezért hibázhatnak, ha azt gondolják, hogy minden betegük rendelkezik egy minimális általános műveltséggel és elfogadják a hagyományos orvoslást és egészségügyet.

A család fontossága

Carrie és Dundes ugyancsak figyelmeztet: a kórházi szakemberek és a roma beteg hozzátartozói közt sok vitát szül az a szokás, hogy a súlyos beteg körül általában nagy számban jelennek meg a látogatók, hogy támogassák és megóvják őt a magány miatti „haláltól”. Ez a roma kultúra talán legelfogadhatatlanabb szokása a kórházi személyzet számára. (Thomas, 1985). Olykor 40 családtag is megjelent akár egy könnyebb orvosi beavatkozás esetén, de ez a szám elérheti a 100-at is, ha komoly problémáról van szó. A személyzet gyakran panaszkodik arra, hogy a családtagok láb alatt vannak és zavarják őket a munkájukban, nem beszélve arról, hogy a kezelés minden részletét firtató kérdéseik is időrablók (MacDonald, 1998; Thomas, 1985). Egy alkalommal például számos roma asszony állta körül a haldokló vajda feleségét, mivel azt tartották, hogy a vajda feleségének erős lelke abba száll majd át, aki a legközelebb áll hozzá (Galanti, 1997). Százak jöhetnek el egy beteget meglátogatni csak azért, mert ez volt az első alkalom, hogy a roma elhagyta a közösséget hosszabb időre (Thomas, 1994). A látogatók néha még a tömjénégetést is alkalmazzák, ami a kórház tűzbiztonságát veszélyeztetheti (MacDonald, 1998).

Azok a kórházi dolgozók, állítják a szerzők, akik nem ismerik a roma szokásokat, nem érthetik meg a családi kötelékek fontosságát. A család és barátok a beteg támogatására gyűlnek össze. Ha ezt nem tisztelik a látogatókban, akkor a családi hagyományok jelentőségét nézik le. Ha a személyzet tagja felkéri a látogatókat a távozásra, nem csak a látogatók, de akár a beteg is sértve érezheti magát, hiszen a látogatók dolga a beteggel lenni. Hogy kerüljük a konfliktusokat, a személyzetnek meg kell próbálnia elfogadni a látogatók jelenlétét, amíg az a beteg felépülését segíti és másokat nem zavar. A nagyobb számú romákat ellátó intézmények megpróbálhatnak kialakítani olyan körtermeket és váróhelyiségeket, amelyek alkalmasak több ember befogadására is. Hasznos javaslat az is, hogy akár a nap 24 órájában, de egyszerre csak egy kijelölt családtag legyen a beteggel, aki kommunikálni tudja a beteg állapotát a család további tagjainak (Thomas, 1994).

Az életkor és nem szerinti hierarchia

A roma család hierarchiája fontos információ a gyógyító személyzetnek. Amikor a beteg gyógyításáról, beavatkozásokról, kezelési tervekről kell dönteni, érdemes az orvosnak, ápolónak a család megbecsült, idős és vezető tagjaival értekezni, akik a családi döntéseket hozzák meg ilyen ügyekben. Az idősek ugyanis abban is segítségre lehetnek, hogy meggyőzzék a fiatalabbakat a kezelés betartásáról, az együttműködésről (Sutherland, 2002). Az idősek jogának felülbírálatára és véleményük figyelmen kívül hagyása a tiszteletlenség jele, és jelentősen csökkentheti a roma család együttműködését.

Carrie és Dundes egy Maryland államban praktizáló orvos 2003-ban adott interjút, amelyben az orvos megerősítette a romáknál tapasztalt életkor és tekintélytisztelő közötti összefüggést, de felhívta a figyelmet a nemi megkülönböztetésre is. A romák szemében ugyanis nagyobb bizalmat élveznek az idősebb, tapasztaltabb orvosok, akik egyúttal férfiak is. A romák sokszor tudomást sem vesznek a beteg diagnosztikájáról, amíg ezt egy férfi orvos, aki lehetőleg az 50-es éveinek derekán jár, nem közli velük. Érdekes módon a roma férfiak és nők is a nőorvosokat ápolónak titulálták, azután is, hogy közölték velük orvosi minőségüket. A romák az egészségügyi személyzet női tagjait, függetlenül attól, hogy orvosok vagy ápolók, általában kevesebb tisztelettel illetik, mint a férfi személyzetet.

Ugyanakkor a romák általában nem bíznak az egészségügyben. Egy alkalommal egy roma család 15 tagja érdeklődött a beteg orvosánál a beteg állapota iránt. Nem sokkal később ugyanez az orvos fültanúja volt annak, amikor a családtagok összevitatkoznak azon, hogy miért hallottak eltérő dolgokat az orvostól. Ennek elkerülésére a legjobb megoldás, ha a személyzet egy kijelölt szóvivővel beszél, aki tájékoztatja a családot.

Szenny és tisztaság

A roma kultúra egyik központi eleme a tisztaság, ami indiai származásuk öröksége. Az indiai kultúrában köztudottan a kasztok és a tisztaság, megtisztulás játsszák a fő szerepet (Dundes, 1997). Ennek megfelelően a romák jelentős figyelmet szentelnek a tisztaság és szennyezettség kérdésének. A roma férfiakat általában tisztábbnak tartják, mint a roma nőket. A testet két félre osztják, a felsőtest tisztább, az alsó test (különösen a genitáliák, a lábak és lábfejek) „beszennyezettek”, ezeknek nem szabad keveredni a test tiszta részeivel (Dundes, 1997; Thomas, 1994). Mivel a mellékhelyiségeket általában szennyezettnek tekintik, a romák sokszor csak az ülőke felé guggolva végzik el dolgukat, hogy elkerüljék a beszennyeződést (Dundes, 1997).

Kórházi körülmények között a tisztaság és beszennyezettség elképzelései gondokat okozhatnak. A nem eléggé figyelmes személyzet véletlenül azonos mosdókesztyűt is használhat a teljes test lemosásához, ami a tiszta és szennyes keveredését okozza. Ugyanez a helyzet akkor, ha a roma betegnek csak egy szappan áll rendelkezésére. Ezek a helyzetek kivédhetők, ha mindenképp kettőt kap a beteg (Sutherland, 2002). A személyzetnek fontos felismerni, hogy a romák milyen jelentőséget tulajdonítanak a test tisztaságának. A roma betegeket felháríthatja, ha ezeket a szokásaikat nem tartják tiszteletben, ha megsértik a hagyományaikat és „beszennyezik” testüket.

Mivel a romák úgy tartják, hogy testük alsó fele „tisztátalan”, olyan ruhákat viselnek, amelyek eltakarják a lábukat. Ezért ellenállnak, ha olyan kórházi ruhát kell viselniük, ami felfedi lábukat, alsó testüket, ez ugyanis megszégyenítő számukra (Thomas, 1994). Ha a személyzet nem ismeri ezt a hagyományt, megsérthetik a roma betegeket azzal, hogy hagyományos öltözéket kényszerítenek rájuk. A megoldás, hosszabb öltözéket biztosítani, ami kevésbé megalázó érzet számukra.

A nők alsóteste kifejezetten „tisztátalan” a menstruáció miatt. Ha egy fiatal nő menstruálni kezd, nem szabad közvetlen a férfi előtt járnia. Menstruáló nőnek az ételkészítés is tilos (Thomas, 1985). A terhesség alatt az alsó testfél tisztátalan marad. A szülésnek sem az otthonban kell történnie, mert az beszennyezi. Így a kórház jön szóba. A személyzet gyakran döbben meg azon, hányan akarják a roma nőt a szülőszobára kísérseni, igaz, számos kultúrában a szülés maga családi és szociális eseménynek számít (Dundes, 2003). A kórházi szülés alatt a családtagok folyamatosan csomókat bogyoznak ki, ami a köldökzsinórt szimbolizálja, és ezzel óvják meg a feltekeredéstől az anyát és a magzatot. Az anya tisztátalan marad a szülés után mindaddig, amíg a gyermeket meg nem keresztelik. Ha ezalatt az anya bármit megérint, azt el kell dobni (Robinson, 2002). Ezen az aktuson tehát nem szabad a személyzetnek felháborodnia, és érdemes inkább az anyának eldobható edényekben, evőeszközökkel tálni az ételt, és eldobható tárgyakat használni, még ha ez növeli is a szemétképződést. Végül érdemes a roma apákat is bátorítani arra, hogy látogassák az anyát és az újszülöttet, noha a roma anyák számára előírás, hogy gyermeküket egyedülállóan tisztítsák meg (Kemp, 2002). Meg vannak győződve arról, hogy hagyományos módszereik legalább olyan hatásosak, mintha a személyzet segítené őket.

A romák szigorúan kezelik a tisztálkodásra, fürdésre használt víz szerepét. A mosdásnak zuhanyzóban, folyóvízzel kell történnie, kádfürdőt nem vesznek, mivel a test két fele beszennyezi egymást. Ha roma beteg mozgásképtelen, akkor hatásos lehet a vizet a mosdókesztyűre csurgatva használni, ami a folyóvíz képzetét kelti a betegben (Robinson, 2002).

A nők és férfiak ruházatát is külön kell mosni, a két személy „tisztaságában” meglévő különbség miatt. Ha a nő éppen menstruál vagy terhes, ruházatát más nőktől is elválasztva mossák (Robinson, 2002). A kórházakban

gyakran keverednek össze a ruházatok, de mindezt a romák előtt végezni saját ruhájukkal hiba lehet (Gropper, 1996).

A beavatkozásokat végző szakembereknek kesztyűt kellene cserélni, és kezet mosni, mielőtt a roma beteg felsőtestéhez érnek (Sutherland, 2002). A romák szerint ez ugyanis beszenyezi őket. Számos nő beleegyezik nőgyógyászati vizsgálatba is, ha ez feltétlen szükséges. A nőgyógyászoknak ügyelniük kellene arra, hogy a vizsgálat után ne érintsék meg a roma nő felsőtestét, és feltétlen magyarázzák el a beavatkozás értelmét. Sok roma nem érti meg, hogy miért is olyan fontosak a nőgyógyászati vizsgálatok, ez kiváló lehetőség a felvilágosításukra.

A romák sokszor érzik magukat kellemetlenül olyan környezetben, ahol nem romák (akik kevésbé „tiszták”) érintették meg a tárgyakat. Ilyenkor furcsa magatartást tanúsíthatnak, tiszta törülközőt kérnek, segítséget az ajtó kinyitásához, a liftgomb megnyomásához, vagy akár a televízió bekapcsolásához. Ezeket nem szabad pszichés vagy más magatartászavarnak betudni, pusztán a roma kulturális identitás jellemzői.

A romák olyan ételt is visszautasítanak, amit nekik készítettek, vagy nem „tisztá” tányéron tálalják fel (Thomas, 1985). Péntek böjt napja lehet sok roma csoportnál (Sutherland, 2002). Ahelyett, hogy a kórházi kósztra kényszerítenék a roma beteget, a családtagoknak kell világos utasítást adni, hogyan készítsék el az ételt, és mit hozzanak a betegnek. Így az étel tiszta marad, és a beteg a legjobb diétát kapja majd.

A roma betegek sokszor szeretnek a kezükkel enni, mivel a fémből készült evőeszközöket már más, nem roma is használta előttük (Dundes, 1997). Ez a fajta mentalitás nem csak a romák sajátossága. Az ortodox zsidók nem csak szétválasztják a húsos és tejes ételeket, de külön edényeket, étkezészetet is fenntartanak számukra, hogy elkerüljék a keveredést (Dundes, 2002).

A romák mások „tisztátalan” gyakorlatával szembeni ellenérzése arra szolgál, hogy távol tartsa őket a nem romáktól, ami nem csak beilleszkedésük és a minőségi ellátásuk gátja, de egyúttal kizárja azokat a nem roma személyeket is körükből, akiket magukkal egyenlőnek vagy barátoknak tekintenek (ilyenek lehetnek orvosok és ápolók is) (Kephart & Zellner, 1998).

A roma halál

A romák nem hisznek a boncolásban vagy szerveik átültetésében (Thomas, 1985). A romák ezt azért utasítják vissza, mert hisznek abban, hogy lelkük, haláluk után 1 évvel, ugyanazon az úton tér vissza, ahogy elhagyta testüket, és ehhez minden testrésze szükség van. A romák abban is hisznek, hogy a test szent (American Red Cross, 2001). Amikor egy roma meghal, hívja fel a figyelmet erre Carrie és Dundes, éppen ezért nem szerencsés a gyászoló családot arról kérdezni, hogy valamely szervét kivethetik-e átültetés céljából.

Amikor a roma beteg meghal, a család azonnal és rituális módon fejezi ki gyászát, sikoltozással, hajuk megtépésével vagy akár önmaguk a falhoz, padlóhoz csapkodásával (Thomas, 1985). A családtagok a beteg ágya alatt gyertyát gyújtanak és az ágyat az ablakhoz közelebb tolják. Galanti (1997) dokumentálta a roma vajdák szertartásos búcsúját: egy alkalommal a gyertyát fejmagasságban gyújtották meg, hogy a lelkét a mennyországba vezesse, egy másik esetben az egész ágyat a szabad levegőre vitték, hogy a lélek útját ne akadályozzák a kórház falai. Más rituálék a halott ember testének olajjal történő bemasszírozására szólítanak fel (Thomas, 1994).

A család a halott ember ágyát körülállva arra kéri az elhunytat, hogy bocsásson meg nekik bármely vétkükért. Ha ezt a szertartást bármi is megszakítja, a romák szerint a halott ember gonosz szellemként tér majd vissza és rontást hoz a családra. Elképzelhető, hogy a halott személy orrába viaszt helyeznek, hogy ezzel is elállják az ártó szellemek útját. A romák szerint ezek a szertartások szükségesek a sikeres reinkarnációhoz. Ha ez a szertartás nem fejeződik be a hagyományok szerint, mert az egészségügyi személyzet esetleg nem érti meg, hogy ez a rituálé része a hagyományoknak, a halott személy „élő halottként” tér vissza és nagy bajokat okoz (Robinson, 2002). Az elhunytak azért van szüksége erre a rituáléra, hogy gondosan előkészítsék a túlvilági utazásra.

Mindezek alapján a romákat sérti, ha nem tudnak halottaiktól méltó módon elbúcsúzni. Kéréseiket igyekezni kell tiszteletben tartani, gyakran a temetkezési dolgozóktól is kéri, hogy a halott testet ne balzsamozzák be, ami akadályozhatja a lélek elvándorlását (McDonald, 1998).

Következtetések

A szerzők egyértelműen rámutatnak: a hagyományok tiszteletben tartása a roma életforma szerves része. Amikor ezek a hagyományok más kultúrák szokásaival kerülnek szembe, konfliktusok lépnek fel. Azok az orvosok és ápolók, akik nem ismerik a roma kultúrát, súlyos gyógyítási, kezelési hibákat követhetnek el, és döbbenettel tapasztalják betegeik magatartását. Carrie és Dundes szerint az egészségügyi szakemberek képzése, felvilágosítása elengedhetetlen ahhoz, hogy a közgazdasági és időkorlátok figyelembevételével, az ebből a szubkultúrából származó betegeket optimálisan menedzseljék. Máskülönb az értetlenség és a helytelen beavatkozások sora folytatódik, egyaránt komoly károkat okozva a romáknak és az egészségügyi szakembereknek.