

A betegjog és az ápolók a XXI. században

Szűcs Ágnes

diplomás ápoló, okleveles ápoló hallgató, Központi Honvéd Kórház, Neurológia osztály

Lipták Krisztina

diplomás ápoló, okleveles ápoló hallgató, szakoktató, Semmelweis Egészségügyi Szakképző Iskola és Kollégium

Összefoglaló

A szerzők célja annak vizsgálata, hogy az ápolók rendelkeznek-e betegjoggal kapcsolatos ismertekkel, tudnak-e nevesíteni jogosultságokat, és ismereteiket meghatározza-e az iskolai végzettség, vagy az egészségügyben eltöltött évek száma.

Arra a kérdésre is keresték a választ, hogy az ápolók véleménye szerint egy esetleges panasztételi eljárás befolyásolja-e a beteg és az egészségügyi dolgozó kapcsolatát, milyen hatással van a dolgozókra illetve a betegellátó osztály egészére.

A kutatás eszköze kvantitatív, önkitöltős kérdőív volt, amelyben 17 zárt és 1 nyitott kérdés szerepelt.

A szerzők vizsgálatuk eredményeként megállapítják, hogy bár az ápolók ismerik a betegjogokat, de tudásszintjük csak átlagosnak minősíthető, nem elegendő. Véleményük szerint az egyes betegjogokkal kapcsolatos ismereteket pontosítani és bővíteni szükséges. A kapott eredmények szerint az ápolók több mint fele találkozott már panasztétellel munkája során, és úgy gondolják, hogy nem segíthetik betegüket egy panasztétel elindításában, de megállapítható volt az is, hogy ha betegük erre megkérné őket, többségük mégis nyújtana segítséget a sérelmek orvoslásához.

I. A probléma ismertetése

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Egészségügyi törvény) nevesítette, rendszerbe foglalta a betegjogokat. Megteremtette a lehetőséget, hogy az egészségügy ellátórendszerébe bekerülő egyének ne legyenek annyira elveszettek, kiszolgáltatottak a rendszerek, a benne dolgozóknak, megadta a lehetőséget arra, hogy az alapvető emberi jogokat az egyén az egészségügyi ellátása során érvényesíthesse.

A betegek tudni akarják betegségüket, részt akarnak venni a gyógyító folyamatban. Ezt csak akkor tehetik meg, ha megfelelő ismeretekkel rendelkeznek állapotukról, betegségükről, gyógyulási lehetőségeikről. Az egészségügyi dolgozók számára is fontos, munkájuk során hasznos a betegek ilyen tudása. A gyógyításba bevont, együttműködő beteg érti, miért van szükség az egyes beavatkozásokra és tudja, hogy az egészségéért neki is felelősséget kell vállalnia (Vajda, 2001, Lioyd, 2001). Napjainkban nagy hangsúlyt kap a beteg tájékozott beleegyezése, a beteggel történő kommunikáció, a páciens bevonása az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntések meghozatalába.

Mindezen tényezők nélkülözhetetlenné teszik az egészségügyi dolgozók megfelelő betegjogi ismereteit. Ezért választottam dolgozatomban témaként elsősorban az ápolók betegjoggal kapcsolatos ismereteinek vizsgálatát. (Doyal, 2001)

II. Tudományelméleti feltárás

Az ápolás, mint hivatás a kezdetektől fogva a társadalom szükségleteinek kielégítését szolgálta. Abból az emberi szükségletből ered, hogy meg kell őrizni az egészségesek egészségét, a betegeknek pedig ápolást, kényelmet, gondoskodást és megnyugvást kell nyújtani.

A betegjogok elválaszthatatlanok az emberi jogoktól, „amelyek benne rejlenek természetünkben, és amelyek nélkül nem élhetünk emberi lényként. Az emberi és az alapvető szabadságjogok teszik lehetővé számunkra emberi tulajdonságaink, intelligenciánk, képességeink és tudatunk teljes mértékben való fejlesztését és használatát, valamint a lelki és létszükségleteink kielégítését. Alapvetők az ember azon, egyre növekvő igényei számára, hogy olyan életet élhessen, amelyben minden egyes emberben rejlő méltóság és minden egyes ember munkája tiszteletet és védelmet élvez” fogalmazza meg az ENSZ 1987-es, Emberi jogok, kérdések és válaszok című kiadványa. (Kertész, 1999)

Magyarországon az egészségügyi jog átalakulása és szabályozása igen lassan indult meg (Köszegfalvi, 1999, Pusztai, 2000).

Az egyén alapvető önrendelkezéshez, emberi méltósághoz való jogát az **1949. évi XX. törvény, az Alkotmány** deklarálja. Ezen törvényen túl a személyhez fűződő jogok általános tiszteletben tartását és védelmét az **1959. évi IV. törvény** fogalmazza meg, amely általános kötelezettségként írja elő a személyhez fűződő jogok tiszteletben tartását és egyben mindenfajta személyiségi jogsérelemmel szembeni védelem elvét. (Köszegfalvi, 2000)

A régi, paternalista orvosi szemlélet szerint jobb, ha a beteg nem tudja, mi történik vele, így várhatóan készségesen beleegyezik a vizsgálatokba, nem akadékoskodik és nem vár információt. Az új szemlélet amely az emberi jogok érvényesítését szorgalmazza az egészségügyi ellátásban rövidtávon nagyobb erőfeszítést igényel a gyógyító személyzettől, hiszen nagyobb tudást, empátiás készséget, több időráfordítást kíván a betegekkel való kommunikáció során (Blasszauer, 1995, Rozsos, 2000).

Az **1972. évi II. törvény** (az előző egészségügyi törvény) átfogó betegjogi szabályozást nem tartalmazott. A betegek önrendelkezési jogának részletes szabályozása tekintetében az esetek többségében formális joggyakorlást biztosított.

A betegjog hazai szabályozásának fontos állomása volt az **1992. évi LXIII. törvény** hatálybalépése. A törvény célja hogy meghatározza az egészségi állapotra vonatkozó különleges adatok és az azokkal kapcsolatos személyes adatok kezelésének feltételeit és céljait.

A betegjogok hazai szabályozásának mérföldköve az egészségügyről szóló **1997. évi CLIV. törvény**, amely figyelembe veszi a hazai jogalkotás általános emberi jogokra vonatkozó írott anyagát, illetve felhasználta a WHO betegek jogaira vonatkozó irányelveit is.

Az Egészségügyi törvény nevesítette, rendszerbe foglalta és az egészségügyi szolgáltatás sajátos környezetébe helyezte az állampolgári és személyekkel kapcsolatos jogokat. Az általánosságban megfogalmazott jogosultságok az ellátás során konkrét tartalmat nyernek, melyek

nevesítésével a védelem lehetősége megteremtődik.

Az Egészségügyi törvény jelentős mértékben bővítette a betegjogokkal kapcsolatos intézkedéseket, melynek ismerete mind az ápoló, mind a beteg számára nélkülözhetetlen.

A betegjogok hatékonyabb érvényesülése, az adatvédelmi szabályok maradéktalan betartása érdekében 2000. január 1-jétől bevezetésre kerül az adott intézménytől független betegjogi képviselő intézményrendszere.

Fogalmi meghatározás

A **betegjog** jogosultságok összessége, amelyek megilletik mindazokat a személyeket, akik az egészségügyi szolgáltatást igénybe veszik (Rozsos, 2000). Hatálya mindig a betegre terjed ki, azaz az egészségügyi szolgáltatásban részesülő személyre, az állampolgárságtól és a biztosítási jogviszonytól függetlenül. (Borbély, 2002)

Betegjogok

Az Egészségügyi törvény a következő csoportosításban nevesíti a betegjogokat:

- az egészségügyi ellátáshoz való jog
- az emberi méltósághoz való jog
- a kapcsolattartás joga
- a gyógyintézet elhagyásának joga
- a tájékoztatáshoz való jog
- az önrendelkezéshez való jog
- az ellátás visszautasításának joga
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
- az orvosi titoktartáshoz való jog

A betegjogok, és e jogok érvényesítési lehetőségének az együttes szabályozásával válik komplexé a betegjogok rendszere, hiszen a jogok taxatív felsorolása mellett a jogérvényesítési intézményrendszerek is megjelennek az egészségügyi törvényben, és ez kellő garanciát nyújt a betegek számára, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az alkotmányos és személyhez fűződő jogait érvényesíteni tudja.

A beteg panasza

A beteg jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál, illetve fenntartójánál panaszt tenni, ezen kívül más szervekhez is fordulhat panaszával. Az Egészségügyi törvény szabályozza a panaszok kivizsgálásának rendjét is.

Betegjogi képviselő

Az Egészségügyi törvényben foglaltakon kívül meg kell említeni a 77/1999. (XII. 29) EüM rendeletet is, mely a betegjogi képviselő jogállásáról és az eljárásra vonatkozó szabályokról szól. A betegjogok hatékonyabb érvényesülése, az adatvédelmi szabályok maradéktalan betartása érdekében 2000. január 1-jétől bevezetésre került az adott egészségügyi intézménytől független betegjogi képviselő intézményrendszere.

Feladata többértű, ezek között az egészségügyi törvényben foglaltaknak megfelelően ellátja a betegek meghatározott jogainak védelmét, és segíti őket jogaik megismerésében és érvényesítésében. A betegjogi képviselő egyes esetekben eljárhat a beteg helyett, ha erre őt írásban felkéri (Heuer, 2001). Fontos törvényi kötelezettsége alapján a betegjogi képviselő kiemelten kezeli az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékságuk, egészségi állapotuk, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmét

Ezen kívül betegjogi képviselő tevékenysége során az egészségügyi szolgáltató működésével kapcsolatban észlelt jogsértő gyakorlatra és egyéb hiányosságokra köteles felhívni a szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának a figyelmét, és azok megszüntetésére javaslatot tesz.

A közvetítő tanács

A beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését, hogy a kórházon kívül, független „kommunikációs segítő társ” közreműködésével megegyezést keressenek konfliktusuk megoldására.

III. 1. Kutatási cél

Annak megállapítása, hogy

- az Egészségügyi törvény által megfogalmazott betegjogokat mennyire ismerik az ápolók, meg tudnak-e nevezni konkrét jogosultságokat,
- milyennek ítélik tudásukat a témával kapcsolatban,
- a betegek vizsgálatokba vagy kezelésekre való bele nem egyezése megváltoztatja-e az egészségügyi dolgozók hozzáállását a páciensekhez, változtat ez az ápolók beteghez való viszonyán,
- az egészségügyi dolgozók találkoztak-e már a munkájuk során panasztétellel, segíthetik-e betegüket sérelmeik kinyilvánításába, segítséget nyújtanának-e betegüknek a panasztétel elindításában,
- megváltozna-e az egészségügyi dolgozók és a beteg kapcsolata mindez által,
- az osztályt bíráló panasztétel hatással van-e az ápolókra, rontja-e az osztály megítélését, van-e lehetőség arra, hogy az egészségügyi dolgozók a panasztevésben ne csak a rosszat lássák meg, hanem annak osztályra gyakorolt hatása munkájuk javulását, az összetartást eredményezze.

III. 2. Hipotézisek

Feltételeztük, hogy

1. az ápolók ismereteit a betegjogról az iskolai végzettség és az egészségügyben eltöltött évek száma nagymértékben befolyásolja.
2. az ápolók nem ismerik a betegjogokat, és ők maguk is csak átlagos mértékűnek ítélik tudásukat.
3. az ápolók munkáját nem befolyásolja a beteg elutasítása, vizsgálatoktól való elzárkózása.

4. az ápolók nem segítenék betegüket egy panasztétel elindításában, mert ez véleményük szerint minden esetben az egészségügyi dolgozó és beteg kapcsolatának megromlásához vezet.
5. az ápolók többsége találkozott már munkája során panasztételi eljárással, melyet az ápolók negatívan éltek meg, és az osztályra gyakorolt hatása is összességében negatív volt.

III. 3. Vizsgálati minta és módszer

A kutatás a Központi Honvéd Kórházban történt 2006. februárjában. Leíró statisztikai megközelítésben a kérdőíves felmérés módszerét választottam. Az intézményben 315 ápoló dolgozik, közülük 0,3% egyetemi ápoló, 12% diplomás ápoló, 56% OKJ szerinti ápoló, 32%-a felnőtt szakápoló vagy ápolási asszisztens. Közöttük 280 kérdőívet az osztottunk ki, melyből 250 kitöltött kérdőív érkezett vissza.

A kérdőív összeállítása során elsődleges szempont volt, hogy rövid, egyértelmű kérdéseket tartalmazzon, illetve hogy az ápolók kevés idejét rabolja el a kitöltés. Ezért elsősorban zárt kérdéseket alkalmaztunk, felajánlva az egyéb válaszlehetőséget is. A 18 kérdésből egy volt nyitott.

A kérdések négy csoportba oszthatók.

- Az első kérdéscsoport az iskolai végzettségre és az egészségügyben eltöltött évek számára vonatkozott.
- A második kérdéscsoport a konkrét betegjogi ismereteket mérte fel.
- A harmadik kérdéscsoport arra vonatkozott, hogy az ápolók munkájuk során tapasztaltak-e már a beteg részéről elutasítást, amikor a páciens kérése az volt, hogy ne végezzenek el valamilyen beavatkozást, vagy ne kezeljék a betegségét. Ezzel azt akartuk megtudni, hogyan viszonyulnak az ápolók ezekhez a betegekhez, és változik-e a velük szemben a magatartásuk.
- A negyedik kérdéscsoportban az esetleges panasztételekkel kapcsolatos kérdések szerepeltek, és azt vizsgáltuk, hogy a panasztételnek az ápolók véleménye szerint volt, van-e hatása önmagukra, munkájukra és az osztályukra.

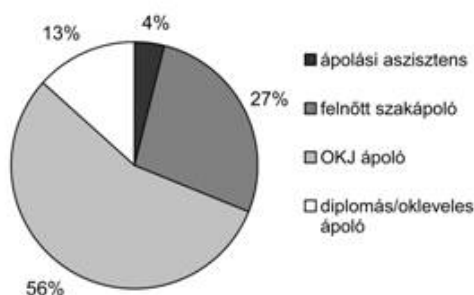
A kapott válaszok alapján gyakoriságokat, relatív gyakoriságokat rögzítettünk.

III. 4. Vizsgálati eredmények

Az **első kérdéscsoport** az egészségügyben eltöltött évek számával és az iskolai végzettséggel foglalkozik. Azért tartom fontosnak ezt a két kérdést, mert munkám során azt tapasztaltam, hogy e két tényező befolyásolja a betegjogok ismeretét az ápolók körében. A felmért adatok szerint a 230 ápoló közül 10 kevesebb, mint egy éve, 27-en kevesebb, mint öt éve, 170 ápoló több mint 10 éve, és 33 ápoló több mint húsz éve dolgozik az egészségügyben. Ezen adatok szerint az ápolók 71%-a hosszabb ideje dolgozik a kórházban, a betegjogokkal való megismerkedés munkájuk során történt, nagyban áthatva a kórház szemléletétől.

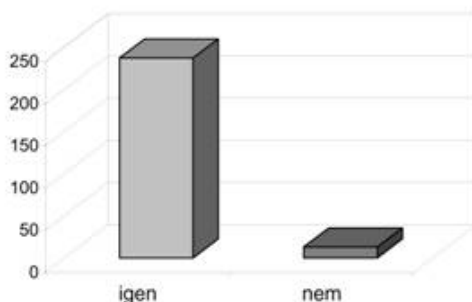
A második kérdés az iskolai végzettségre irányult. A válaszadók közül 10 ápolási asszisztensi, 68 felnőtt szakápolói, 139 ápoló E kategóriás, 33 ápoló pedig diplomás ápolói végzettséggel rendelkezik. Az 1. ábra szemlélteti ezen adatok százalékos megoszlását. (1. ábra)

1. ábra: Az ápolók megoszlása iskolai végzettség szerint



A **második kérdéscsoport** első kérdése a betegjog ismeretére irányult, akkor fogadtam el az „igen” választ, ha legalább két jogosultságot tudtak megnevezni. A 2. ábra azt mutatja, hogy a válaszadók közül 237 ápoló tudott megnevezni legalább két jogosultságot, és 13 ápoló nem tudott megnevezni egyetlen betegjogot sem. Ez azt jelenti, hogy az ápolók 94%- ismer valamilyen betegjogot. (2. ábra)

2. ábra: Ismerik-e az ápolók a betegjogokat? (A válaszok megoszlása, fő)



Az I. táblázat azt is megmutatja, hogy mely betegjogokat ismerik leginkább a dolgozók. A táblázat elemzésekor figyelembe kell venni, hogy akkor fogadtam el a válaszokat, ha legalább két betegjogot megneveztek, ugyanakkor voltak ápolók, akik több jogosultságot is felsoroltak. A táblázatból leolvasható, hogy az ápolók hét betegjogot neveztek meg összesen. Legtöbbször a tájékoztatáshoz való jogot és az önrendelkezéshez való jogot nevesítették, talán azért, mert napjainkban ez kapja a legnagyobb hangsúlyt az egészségügyi ellátás során. Nem került egy válaszadó által sem megnevezésre az emberi méltósághoz való jog és az ellátás visszautasításához való jog. Nagyon kevesen neveztek meg a kórház elhagyásának jogát és az orvosi titoktartáshoz való jogot. (I. táblázat)

I. táblázat: Az ápolók által megnevezett betegjogok

Betegjogok	Válaszadók száma
Tájékoztatáshoz való jog	211 fő
Önrendelkezéshez való jog	110 fő
Egészségügyi ellátáshoz való jog	98 fő
Kapcsolattartás joga	74 fő
Egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	50 fő
A gyógyintézet elhagyásának joga	23 fő
Orvosi titoktartáshoz való jog	11 fő

A következő kérdéssel azt szerettem volna megvizsgálni, hogy maguk az ápolók milyenek ítélik saját ismereteiket a betegjogról.

A válaszok alapján 167 ápoló átlagosnak gondolja, 35 teljes mértékűnek, 35 ápoló kis mértékűnek ítéli betegjoggal kapcsolatos ismereteit. 13 ápoló pedig véleménye szerint nem rendelkezik a témával kapcsolatos ismeretekkel.

A következő kérdésben arra voltam kíváncsi, hogy az ápolók véleménye szerint kompetenciájukba tartozik-e a beteg informálása a betegjogokról. A kapott eredmények alapján az ápolók többsége, vagyis 194 fő nem gondolja úgy, hogy volna erre a feladatra kompetenciája. Mindössze 56 ápoló látja, úgy hogy elvégezhető feladatuk a betegek ismereteinek bővítése a betegjogról.

Az egészségügyi törvény nem rendelkezik arról kinek a feladatába, tartozik pontosan a betegek tájékoztatása a betegjogról, ezért a szakemberek véleménye szerint az ápolók elmondhatják a jogosultságokat és azok jelentését, adhatnak tájékoztató füzeteket és válaszolhatnak a páciens kérdéseire a témával kapcsolatban.

A harmadik kérdéscsoporttal azt vizsgáltam, hogy az ápolók munkájuk során szembesültek-e már a beteg elutasításával, a vizsgálatoktól, kezeléstől való elzárkózásával. Ezzel azt akartam megismerni, hogy hogyan viszonyulnak az ápolók ezekhez a betegekhez és változik-e a velük szembeni magatartásuk. A felmért adatok szerint az ápolók találkoztak már ilyen problémával munkájuk során, esetenként nem is egyszer kellett szembenézniük vele. 250 ápoló közül 138-an találkoztak már a beteg elutasításával a vizsgálatokkal vagy kezeléssel kapcsolatban, míg 112 ápoló elmondása szerint nem találkozott ilyen esettel. A kapott adatok szerint 138 ápoló közül, akik már találkoztak a beteg elutasításával, 44 egy esetben, 62 néhány alkalommal, míg 32 többször került már szembe a beteg nemleges válaszával egy-egy kezelés vagy vizsgálat kapcsán.

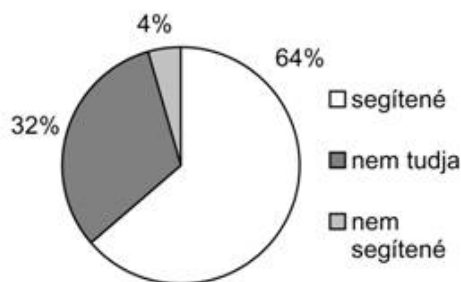
A következő kérdésem arra vonatkozott, hogy a beteg minden nemű ellátást megkapott-e a továbbiakban is, ha magába a kezelésbe vagy bármilyen vizsgálatba nem is egyezett bele.

Az ápolók többsége úgy gondolja, hogy ha a betegnek további ellátásra van szüksége, akkor azt korlátlanul biztosítják számára. A válaszadók közül 209 dolgozó szerint a beteg megkap minden ellátást a továbbiakban is, és csak 23 ápoló mondja azt, hogy ellátásban részesül ugyan a páciens, de a hozzáállás nem annyira lelkes az egészségügyi dolgozók részéről. 18-an úgy gondolják, hogy egy visszautasítás után nem kap abban az intézetben más ellátást a beteg. Tapasztalataim szerint ezek olyan esetek, amikor a kezelés visszautasítása után nincs más teendő, és ezért a beteg otthonába távozik.

A negyedik kérdéscsoportban a betegpanaszt, illetve az erre adott ápolói reakciót vizsgáltam. A kapott eredmények szerint 130 dolgozó (52%) találkozott már ilyen esettel, és 119 ápoló (47,6%) nem, egy ápoló pedig nem válaszolt erre a kérdésre.

A következőkben azt vizsgáltam, hogy az ápolók véleményük szerint nyújthatnak-e segítséget a betegeknek, hogy sérelmeik orvoslásra kerüljenek? A válaszadók közül 200 fő (80%) mondja azt, hogy segíthetnek betegüknek egy panasztétel elindításában, míg 50 ápoló (20%) mondja azt, hogy nem segíthetnek betegüknek panasztételi eljárásban. A válaszok megoszlását szemlélteti a 3. ábra.

3. ábra: Az ápolók támogatási szándékának megoszlása



A kérdést tovább boncolgatva azt vizsgáltam, hogy vajon az ápolók segítenének-e betegüknek, ha erre megkérik őket. A válaszok szerint 159 ápoló segítené betegét a jogorvoslat elérésben, 80 válaszadó nem tudja, hogyan cselekedne, ha betege hozzá fordulna segítségért. Mindössze 11 ápoló mondta azt, hogy nem segítene a betegének a kérés esetén sem.

A kapott eredmény elgondolkodtató. Azok, akik azt gondolják, hogy segíthetnek betegeiknek panaszos ügyeik bonyolításában, nem teszik meg mindannyian, közülük csak a 79% válaszolta azt, hogy segítené is betegét. Azt hiszem, itt kell arra gondolnunk, hogy bár az ápoló mindig a beteg érdekeit tartja szem előtt, de lehetnek befolyásoló tényezők. Például, ha kollega okozta a sérelmet, ami a beteget cselekvésre készíti. A munkatársi viszony erősebbnek bizonyulhat a beteg ápoló kapcsolatánál? Ugyanakkor segíthet a probléma rendezésében, közvetítő szerepet tölthet be a sértő és sértett között. A legtöbbször ugyanis a sérelem legfőbb oka a hiányos kommunikáció.

A vizsgálat során fontosnak tartottam kitérni arra, hogy az ápolók szerint hogyan változik meg a beteg és az egészségügyi dolgozó viszonya egy panasztétel után. A válaszok alapján 150 fő úgy gondolja, hogy megromlik a viszony, 72 ápoló véleménye az, hogy nem változik a beteg és az egészségügyi dolgozó kapcsolata a panasztétel után, míg 28 dolgozó szerint a kapcsolat megszűnéséhez vezethet. (4. ábra)

4. ábra. Az egészségügyi dolgozók és a betegek kapcsolatának változása a betegpanaszok következtében (a válaszok megoszlása, fő)

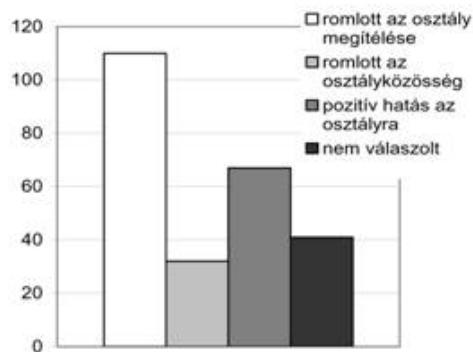


Az utolsó két kérdésben arra kerestem a választ, hogy egy panasztétel milyen hatással van az ápolókra, és hogyan befolyásolja az osztály további munkáját. A kapott válaszok szerint, 122 ápoló negatívan élte meg, mert szerintük a bepanaszolt felet nem kérdezik meg. 36 ápoló élte meg jogosnak a panaszt, és úgy gondolja, hogy tanult a hibákból. 24 dolgozó azt válaszolta, hogy minden panasztételnek van alapja, ha beismerjük, ha nem. 68 ápoló válasz nélkül hagyta ezt a kérdést.

Véleményem szerint el kell fogadni, hogy a hibák nem maradnak válasz nélkül, de ezt arra kell felhasználni, hogy munka minősége javuljon. Ezek a panaszok nem az egészségügy ellen irányulnak, hanem a hibák ellen.

Egy panasztételnek az osztályra gyakorolt hatása változó. A válaszadók közül 110 ápoló szerint negatív irányba változik, összességében romlik az osztály megítélése, 32 ápoló véleménye az, hogy a panasz az osztályközösség megromlásához vezet, 41 ápoló válasz nélkül hagyta a kérdést. Számomra nagy meglepetés, ugyanakkor öröm volt látni, hogy 67 ápoló úgy gondolja, a panaszt követően javult az osztályszellem, és jobban segítik egymás munkáját. (5. ábra)

5. ábra: A panasztétel osztályra gyakorolt hatása (a válaszok megoszlása, fő)



III. 5. A hipotézisek vizsgálata

Első hipotézis: *feltételeztem, hogy az ápolók ismereteit a betegjogról az iskolai végzettség és az egészségügyben eltöltött évek száma nagymértékben befolyásolja.*

Az első kérdéscsoportban az iskolai végzettségre és az egészségügyben eltöltött évek számára kérdeztem rá (*ennek eredményét ld. fentebb*). Azért vizsgáltam ezt a két kérdést, mert kíváncsi voltam arra, hogy ez a két tényező befolyásolja-e az ápolók ismereteit a betegjogról.

Az eredmények azért érdekesek, mert a válaszadók nagy része több mint 10 éve dolgozik, vagyis a betegjoggal kapcsolatos ismereteit már a munkája során szerezte, és csak a felmért 15%-a dolgozik kevesebb, mint öt éve, vagyis ők képzésük során ismerkedtek a betegjoggal.

Az iskolai végzettségre vonatkozó adatokat összevettem azzal, hogy mely iskolai végzettségű dolgozók hány betegjogot tudtak megnevezni.

A válaszadók közül 13 fő nem tudott megnevezni betegjogot, közülük 5 fő ápolási asszisztens, 4 fő felnőtt szakápoló, és 4 fő OKJ ápoló. Minden diplomás ápoló tudott megnevezni betegjogot.

Tovább vizsgálva az eredményeket megállapítottam, hogy az ápolási asszisztensek közül 2 fő 4 betegjogot nevezett meg, és 3 fő két jogot nevesített a felmérés során.

A felnőtt szakápolók közül 60 ápoló két jogot nevesített, 4 pedig három betegjogot fogalmaztak meg.

Az E kategóriás ápolók között 22 ápoló tudott négy betegjogot megfogalmazni, 35 ápoló három betegjogot nevesített, és 77 dolgozó fogalmazott meg két betegjogot.

A diplomás ápolók közül 6 fő öt betegjogot nevezett meg, 5 ápoló négyet és 16 ápoló három betegjogot fogalmazott meg. Hat diplomás ápoló csak két betegjogot nevesített.

Az OKJ ápolók 55%-a, a diplomás ápolók 18%-a két betegjogot nevezett meg. Az OKJ ápolók 25%-a, míg a diplomás ápolók 48%-a három betegjogot fogalmazott meg. Az OKJ ápolók 16%-a, a diplomás ápolók 33%-a négy illetve öt betegjogot sorolt fel. Így mondhatjuk azt, hogy a felmért diplomás ápolók jobban ismerik a betegjogot az OKJ vagy más ápolókkal szemben.

Két ápolási asszisztens négy betegjogot is felsorolt a válaszaiban, ugyanakkor a többi nyolc ápolási asszisztens két betegjogot nevezett meg, és a felnőtt szakápolók közül senki nem nevesített négy betegjogot.

Az első hipotézisem első része igazolódni látszik, a felmért diplomás ápolók jobban ismerik a betegjogokat, mint más iskolai végzettségű munkatársaik, de véleményem szerint az ő eredményük is nagyon szerény. Esetükben a 100%-os tudásszint tekinthető elfogadhatónak. Ha ők nem ismerik teljes mértékben a betegjogokat, akkor nem tudják segíteni a kollegáikat sem.

A hipotézisem másik része, miszerint az egészségügyben eltöltött évek száma befolyásolná az ápolók ismereteit *nem igazolódott*, mert a felmért diplomás ápolók 64%-a több mint tíz éve dolgozik, vagyis munkája mellett folytatták tanulmányaikat. Az egészségügyi törvény hatályba

lépése óta gyakran találkozhattak a betegjoggal, hisz szembesültek már a beteg elutasításával, vagy panasztételével, mégis csak átlagosan ismerik a betegjogokat, és nem is tudták azok mindegyikét megnevezni. Ugyanakkor az összes felmért ápoló 84% több, mint tíz, illetve húsz éve dolgozik az egészségügyben, vagyis ők is munkájuk során találkoztak először a betegjoggal. Minden bizonnyal hatással volt rájuk az adott munkahelyük és a vezetőjük szemlélete is.

Második hipotézis: *feltételezem, hogy az ápolók nem ismerik a betegjogokat, és ők maguk is csak átlagos mértékűnek ítélik saját tudásukat.*

A kapott válaszok alapján a megkérdezett 250 ápoló közül 237 fő (94%) véli úgy, hogy rendelkezik ismeretekkel a betegjogról. Ezt alátámasztva legalább két konkrét betegjogot tudtak megnevezni. A megkérdezettek 6%-a nem ismeri a betegjogokat, nem tudott megnevezni jogosultságot.

Az ápolók 67%-a átlagos mértékűnek minősítette ismereteit a betegjogról, 14% teljes mértékűnek és 5% teljesen hiányzóknak, vagyis véleménye szerint nincsenek ismeretei a betegjogról.

A hipotézisem *első része tehát nem igazolódott*, mert a megkérdezettek 94% ismeri a betegjogokat. A hipotézisem *második része viszont igazolódni látszik*, mert ismerik ugyan a betegjogokat, de ezt a tudásszintet csak átlagosnak minősítik ők maguk is. Ezt erősíti meg az a tény is, hogy a felmért ápolók 78%-a nem tartja feladatának a beteg ismereteinek bővítését a betegjogról: Véleményem szerint ez azt jelenti, hogy az ápolók nem tudják, hogy az egészségügyi törvény nem rendelkezik arról, kinek a feladata ez a tevékenység..

Hamadik hipotézis: *feltételezem, hogy az ápolók munkáját nem befolyásolja a beteg elutasítása, a vizsgálatoktól való elzárkózása.*

Arra, hogy az ápolók találkoztak-e már bármilyen elutasítással a beteg részéről, a válaszadók 55%-a válaszolt igennel. Közülük 31% egy esetben, 44% néhány alkalommal, míg 25%-uknak többször kellett megélniük a beteg elutasítását

Arra a kérdésre, hogy a beteg mindennemű ellátást megkapott-e akkor is, ha nem egyezett bele a kezelésbe vagy vizsgálatba, az ápolók 84%-a azt válaszolta, hogy a beteg továbbra is megkapja a számára szükséges ellátást maximális mértékben, 9%-a mondta csak azt, hogy bár továbbra is biztosítják az ellátást a beteg számára a hozzáállás nem ugyanolyan lelkes. A felmérés szerint a válaszadók 7%-a gondolja úgy, hogy a beteg nem részesül további ellátásban, az intézményben.

Ez a *hipotézisem igazolódni látszik*, a felmért ápolók fele találkozott már elutasítással a beteg részéről, vagyis rendelkeznek tapasztalattal a témával kapcsolatban, mégis a válaszadók 84%-a szerint nem változik a kapcsolat és a beteg korlátlanul megkap minden ápolási ellátást, amire szüksége van.

Negyedik hipotézis: *feltételezem, hogy az ápolók nem segítenék betegüket egy panasztétel elindításában, mert ez az egészségügyi dolgozó és a beteg kapcsolatának megromlásához vezet*

A kapott eredmények szerint a dolgozók 52%-a találkozott már panasztétellel, míg 47, 6%-uk nem. A felmért ápolók közül mindössze egy hagyta válasz nélkül a kérdést. Arra a kérdésre, miszerint az ápolók nyújthatnak-e segítséget a betegek panasztételéhez, a válaszadók 80%-a gondolja úgy, hogy segíthetnek betegeknek eljutni a segítséget nyújtó szervhez, míg 20%-a azt mondta, nem nyújthatnak segítséget a betegeknek a jogorvoslatban.

Az ápolók véleményét kutatva arra is rákérdeztem, hogy segítenék-e betegüket a jogorvoslat elindításában, ha betegük megkéri őket. A kapott válaszok alapján 64% segítené betegét, míg 32% nem tudja, hogyan cselekedne, ha betege hozzá fordulna segítségért. Mindössze a válaszolók 4%-a zárkózik el betege támogatásától annak kérése estén is.

A következő kérdésre, hogy hogyan változik a viszony egy panasztétel után a beteg és egészségügyi dolgozó között, a következő eredmények, születtek. Az ápolók 60%-a gondolja azt, hogy megromlik a viszony, 28% szerint nem változik, és 12% véleménye az, hogy egy panasztétel a kapcsolat megszűnéséhez vezethet. Ha a kapcsolat megromlását és megszűnését feltételező válaszadók további véleményét vizsgáljuk, akkor azt találjuk, hogy az ápolók 88%-a kapcsolat negatív irányú változását feltételezi, és csak 12% bízik a kapcsolat megmaradásában.

Ez a *hipotézisem igazolódni látszik*.

Ötödik hipotézis: *feltételezem, hogy az ápolók többsége találkozott már munkája során panasztételi eljárással, melyet az ápolók negatívan éltek meg, és az osztályra gyakorolt hatása is összességében negatív volt.*

Az utolsó kérdéscsoportban azt vizsgáltam, hogy az ápolók véleménye szerint egy betegpanasznak milyen hatása van az ápolókra és az osztályra. A kapott eredmények alapján az ápolók 48%-a negatívan élte meg, mert nem kérdezték meg a panasztétel után az ápolókat a kérdést illetően. 17%-uk azt mondta, hogy jogos volt a panasztétel és tanultak belőle, míg 10% véleménye szerint minden panasztételnek van alapja. A felmért 250 ápoló közül 25% válasz nélkül hagyta a kérdést.

Az utolsó kérdésre adott válaszok azt mutatják, hogy a válaszadók 45%-a szerint egy panasztétel összességében rontja az osztály megítélését, 12% szerint rontja az osztályközösséget, és csak a felmérték 26%-a felelte azt, hogy pozitív hatása volt a panasztételnek, és az óta jobb az osztályszellem, jobban érvényesül egymás segítése. A felmérték 17%-a válasz nélkül hagyta a kérdést.

Ez a *hipotézisem csak részben látszik igazolódni*. A válaszadók 48%-a szerint negatív a hatás az ápolókra, 57% szerint rontja az osztály megítélését és az osztályszellemet is. Ugyanakkor 27%-uk valamilyen pozitív hatást is megélt a panaszok következményeként. Véleményük szerint tanulságos is lehet egy ilyen eljárás, rávilágíthat a problémákra, amit ezután közösen meg kell oldani, mert tartanak egy hasonló eset ismételt bekövetkezésétől.

Azok, akik nem válaszoltak erre az utolsó két kérdésre, talán még nem éltek meg panasztételt a munkájuk során, vagy nem tudták megfogalmazni az érzéseiket, amelyet a panasztétel váltott ki belőlük.

IV. Következtetések, javaslatok

Az egészségügyi ellátó szervezet tagjainak betegjoggal kapcsolatos ismeretei nélkülözhetetlenek mindennapi munkájuk során. Ezért a kapott eredmény, miszerint az ápolók ismerik a betegjogokat, de tudásszintjük csak átlagosnak minősíthető, nem megnyugtató. Véleményem szerint a betegjogokkal kapcsolatos ismereteket bővíteni kell, de ez még nem elég ahhoz, hogy az ápoló hatékonyan tudjon segíteni a betegének.

A cél eléréséhez szükség van arra, hogy az ápolók ismerjék a kompetencia határokat, nem csak a sajátjukat, hanem a többi egészségügyi dolgozóét, valamint a betegjogi képviselőét is. Ehhez társul még pszichológiai és kommunikációs ismeret szükségessége. A 2005-ben elindított moduláris képzés biztosítja, hogy a különböző végzettségű ápolók tudásszintje bizonyos témákban közel azonos legyen. Fontos azonban arra is odafigyelni, hogy az átadott ismeretek elég egyértelműek-e, lényeges dolgokat tartalmazzák-e, illetve az sem elhanyagolandó, hogy a megszerzett ismertek átadására is képesek legyenek az ápolók. Ezért nagyon fontos, hogy a képzés során ne csak elméleti tudással gyarapodjanak, hanem a gyakorlatba is át tudják ültetni azt.

Jelenleg elsődleges feladat tehát az ápolók ismereteinek bővítése úgy, hogy a betegjogok rendszere számukra is érthető legyen, és a tudásuk átadására is képesek legyenek.

Törvények, rendeletek

- I. 1949. évi. XX. törvény, a Magyar Köztársaság alkotmánya
- II. 1959. évi IV. törvény, a Polgári Törvénykönyv
- III. 1972. évi II. törvény az egészségügyről
- IV. 1992. évi LXIII. törvény az adatvédelemről
- V. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi adatok védelméről
- VI. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről
- VII. 77/1999. (XII. 29) EüM rendelet a betegjogi képviselőről
- VIII. /2004. (I. 5.) ESZCSM rendelet a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről

Irodalom

1. Blasszauer Béla (1995): Orvosi Etika
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. p.60-70.
2. Borbély Hajnalka (2002): Az ápolónők szerepe a betegek tájékoztatásában
Nővér Praxis 5. évf. 3. szám
3. Egészségügyi és betegjogi kézikönyv (2001)
KJK- Kerszöv, Budapest
4. Heuer Orsolya (2001): Konfliktuskezelés a betegjogi sérelmeknél
Lege Artis Medicina 11. évf. 1 szám. p. 315-320
5. Kertész Judit (1999): Polgári Törvénykönyv, Polgári Perrendtartás, Családjogi Törvény
Unió Lap és Könyvkiadó Kft. p.23-25.
6. Kőszegfalvi Edit (2000): Betegek jogai
Egészségügyi Gazdasági Szemle 38. évf. 4. sz. p.391- 404.
7. Kőszegfalvi Edit (1999): Egészségügyi Jogi Kézikönyv
Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
8. Mogyorósi D. (2000): Betegjogi képviselők az egészségügyi ellátásban
Egészségügyi Menedzsment, 2. évf. 1. sz.
9. Polecsák M. (1999): A betegek jogai
Vince Kiadó, Budapest
10. Potter, P.A.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. p.116-131.
11. Potter, P.A., Perry, A.G. (1997): Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
12. Pusztai Erzsébet (2000): Jogsabályok, Betegek jogai
Nővér 13. évf. 2. szám
13. Quality in Health Care (Suppl) Doyal, L. (2001): Informed consent: moral necessity or illusion?
14. Quality in Health Care, (Suppl) Liloyd, A.J. (2001): The extent of patients' understanding of the risk of treatments
15. Rozsos Erzsébet (2000): Ápolás etikai ismeretek
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
16. Thompson, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M. (1999): Ápolási etika
Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
17. Vajda Angéla (2001): A betegjogok érvényesülése hazánkban

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Öngyilkosság és depresszió: az ápolók szerepe a felismerésben és megelőzésben

Sebestyén Beáta

egyetemi okleveles ápoló, Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ, Budapest

Gonda Xenia

pszichológus, gyógyszerész, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest

Berze Hajnalka

diplomás ápoló, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest

Prof. Dr. Rihmer Zoltán

osztályvezető főorvos, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest

Összefoglalás

Célkitűzés: Az egészségügyi személyzet (orvosok és ápolók) jelentőségének meghatározása a pszichiátriai betegek öngyilkossági rizikójának felismerésében és a szuicídium megelőzésében.

Módszer: A témakörrel foglalkozó hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintése és a mindennapi klinikai gyakorlat során felhalmozódott tapasztalatok összegzése.

Az öngyilkosság rendkívül komplex, bio-pszicho-szociális jelenség, melynek hátterében több, és egymással bonyolult kapcsolatban álló tényező és kockázati elem húzódik meg. Abban is számos tényező játszik szerepet, hogy az öngyilkosság veszélyének felismerése és az öngyilkosság prevenciója még mindig elmarad az ideálistól.

Kutatások bizonyítják, hogy az öngyilkosságok hátterében az egyik fő kockázati tényező a major depresszió. Az is tény, hogy az adott ország ellátási színvonalától, ill. fejlettségétől függően a depresszió mindenütt a világon aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség.

Az öngyilkossági rizikófaktorok ismeretében, illetve a beteg magatartásának közvetlen megfigyelésével az öngyilkosság veszélye nagy valószínűséggel előre jelezhető, és a megfelelő intervenciók alkalmazásával a szuicídium az esetek jelentős hányadában megelőzhető.

Mivel az öngyilkosságban meghaltak 40-65 százaléka felkeresi az orvosi ellátás valamilyen formáját élete utolsó 4 hetében, kiemelt szerepe van az öngyilkossági kockázat felismerésében és megelőzésében az egészségügyi személyzetnek, ezen belül is az ápolóknak, különösen pedig a pszichiátriai osztályokon, illetve ambulanciákon dolgozó ápolóknak.

Bevezetés

Az öngyilkosság a világ minden táján kiemelkedő népegészségügyi és társadalmi problémát jelent, amely nem csak az elkövetőnek, családjának és baráti körének okoz súlyos válságot, de gazdaságilag is jelentős terhet ró a társadalomra. Jól ismert, hogy az öngyilkosság rendkívül összetett jelenség. Az önpusztító magatartás számos biológiai (pszichiátriai), pszichológiai, szociális és kulturális tényező „összejátszása” révén alakul ki, főleg az arra hajlamos egyéneknél. Öngyilkosság következtében évente közel egymillióan halnak meg, és évente 10-15 millióan kísérelnek meg öngyilkosságot (Wasserman, 2000, Mann et al. 2005).

Kínát, Indiát és Szaúd-Arábiát kivéve a világ minden részén a férfiak öngyilkossági halálozása két-háromszorosa a nőkének. Az öngyilkossági kísérletek azonban, szemben a befejezett szuicídiumokkal, a nők körében jóval gyakoribbak (Rihmer és Rutz, 2000, Wasserman, 2000). A világ különböző tájain az öngyilkosságok aránya eltérő, amelynek okai nem teljesen ismertek, azonban a legtöbb ország esetében az idősek és a falun élők követnek el legnagyobb arányban öngyilkosságot. Az öngyilkosság Európában és Észak-Amerikában gyakoribb, Latin-Amerikában ritkább, az arab kultúrákban pedig rendkívül ritka. Az öngyilkossági ráták egy országon belül is eltérhetnek, Magyarországon például a keleti országrészben az öngyilkossági ráta több, mint kétszerese a nyugati régióknak (Ozsváth, 1989). Európa számos országában az elmúlt 20 évben jelentősen csökkent az öngyilkosságok száma (Isacson, 2000, Rihmer és Akiskal, 2006), azonban ez az arány néhány olyan Nyugat-Európai országban, ahol mindig is alacsony volt a szuicid ráta (Portugália, Spanyolország), valamint több poszt-szocialista országban (Oroszország, Litvánia, Lengyelország, Bulgária, Románia) és Új-Zélandon kissé emelkedik (Beautrais, 2000, Rihmer és Akiskal, 2006).

Számos tényező állhat annak hátterében, hogy a különböző országok nemzeti öngyilkossági rátái egymástól eltérők. Szerepet játszhatnak a földrajzi, klimatikus tényezők (például a napsütéses órák száma, a hőmérséklet), szociokulturális különbségek (vallás, hagyományok), gazdasági különbségek (munkanélküliség, egészségügyi és szociális ellátás szintje), az egyes öngyilkossági módszerek kivitelezhetősége (mennyire állnak rendelkezésre fegyverek, vegyszerek, vezetékes gáz). Emellett nem elhanyagolható, hogy az öngyilkossági statisztikákban a nyilvántartás pontossága is nagy súllyal esik latba, bár alapvető eltéréseket ez a hibaforrás nem okozhat (Wasserman, 2000, Rihmer et al., 2002).

Nemzetközi és hazai adatok szerint a befejezett szuicídiumok több mint kilencven százalékában pszichiátriai betegség állapítható meg a cselekmény idején. Ez leggyakrabban major depresszió (65-70%), schizofrenia (10-15%), ill. alkohol betegség (10-15%), ez utóbbi gyakran major depresszióval együtt (Wasserman, 2000, Rihmer et al., 2002, Rihmer, 2003, Cheng et al., 2002, Mann et al., 2005). Hazai reprezentatív populációs mintán végzett vizsgálatok szerint az unipoláris és bipoláris major depressziók élettartam, egy éves, és egy hónapos prevalenciája Magyarország felnőtt (18 és 64 év közötti) lakosságában 20, 2%, 8, 2% és 3, 1%, amely némiképp meghaladja a más európai országokra jellemző prevalenciákat (Szádóczy et al., 2000). Az antidepresszívumok forgalmazási adatai alapján ezen major depressziós betegek kb. 30-35 százaléka áll gyógyszeres kezelés alatt. Hosszútávú követéses vizsgálatok eredménye szerint a nem kezelt major depressziós betegek 11-19%-a öngyilkosság következtében hal meg. A pszichiátriai zavarban szenvedő betegek jelentős része azonban nem kísérel meg öngyilkosságot, ami arra utal, hogy a pszichiátriai zavar mellett egyéb személyiségbeli tényezők (impulzivitás, agresszivitás, pesszimizmus, intrapunitív, azaz önbüntető, az agressziót inkább önmaga ellen fordító vonások) meglete is szükséges az öngyilkosság elkövetéséhez (Mann et al., 1999, Wasserman, 2000, Rihmer et al., 2002). Elméleti és gyakorlati szempontból fontos hangsúlyozni, hogy az öngyilkosságot és öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportja több vonatkozásban is eltér egymástól, ugyanakkor a befejezett öngyilkosságot elkövetők 25-42 százalékának anamnézisében szerepel korábbi szuicid kísérlet (Isacson, 2000, Rihmer et al., 2002, Mann et al., 2005), tehát az öngyilkossági kísérletet (még ha „csak” enyhe intoxikációról is volt szó) mindig komolyan kell venni.

Öngyilkossági rizikófaktorok

Mivel a népesség körében az öngyilkosság viszonylag ritka esemény, tapasztalat hiányában az egyes esetekben nehéz észre venni az intő jeleket. Az öngyilkosság hátterében számos összetett, biológiai és pszichológiai tényezőket egyaránt magában foglaló folyamat húzódik meg. Egyaránt feltárhatóak pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai rizikófaktorok, amelyeket az alábbiak szerint elsődleges, másodlagos, és harmadlagos rizikófaktorokként csoportosítunk (Rihmer et al., 2002).

Az öngyilkosság hátterében álló **elsődleges rizikótényezők** klinikai szempontból a leghasznosabbak az öngyilkosság előrejelzésében. Az elsődleges rizikótényezők közé a pszichiátriai-orvosi tényezők tartoznak. Ilyenek a pszichiátriai zavarok (elsősorban súlyos major depresszió, szkizofrenia, addikciók) jelenléte; komorbid személyiségzavar (olyan, az akut pszichiátriai betegség mellett fennálló állapot, viselkedés, amely jelentősen eltér az adott kultúrában elfogadottól, amelyet a gondolkodás és a viselkedés tartósan merev mintázata jellemez, és amely a személynek és a környezetnek egyaránt szenvedést okoz), szorongás, alvászavarok, vagy súlyos testi betegség; korábbi öngyilkossági kísérletek; öngyilkossági terv, szándék vagy gondolatok; öngyilkosság a családban; valamint a központi idegrendszer szerotonerg rendszereinek diszregulációja (csökkent működése).

A **másodlagos rizikófaktorok** közé a pszichoszociális tényezők tartoznak, mint a koragyermekori kedvezőtlen életesemények (szülők elvesztése, válása, intézetben való nevelkedés stb.); a magány vagy izoláció (válás, özvegyiség); munkanélküliség, súlyos anyagi problémák; valamint a súlyos akut negatív életesemények (halálos eset, súlyos betegség stb.).

A **harmadlagos rizikótényezőket** a demográfiai tényezők jelentik. Öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettebbek a férfiak, különösen a

kamaszok és a fiatal férfiak, az idős emberek, és fokozott rizikót jelentenek egyes időszakok, például a tavasz-kora nyár is, a hormonális változással járó periódusok, például a premenstruális időszak (Rihmer et al., 2002).

A másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok előrejelző értéke önmagában igen csekély, de ha egyidejűleg egy vagy több elsődleges rizikófaktor is fennáll, komoly az öngyilkossági kockázat. A rizikófaktorok mellett néhány, a szuicidium szempontjából protektív tényező is ismert, ilyenek a megfelelő családi és társas támogatottság, a terhesség, valamint a szülés utáni időszak, a több gyerek, valamint a tényleges (nem csak formális) vallásosság (Rihmer et al., 2002).

A fentiek is alátámasztják, hogy a major depresszió az egyik fő rizikófaktor az öngyilkosság hátterében. Sajnos a depresszió mindenütt a világon aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség az adott ország ellátási színvonalától, ill. fejlettségétől függően (Isacsson 2000, Rihmer et al., 2002, Mann et al., 2005). Ezért a major depressziós betegek csupán kisebb hányada (15-35%) részesül antidepresszív farmakoterápiában vagy célzott pszichoterápiás kezelésben, és még a felismert depresszió esetében ill. szuicid kísérlet után is (Oquendo et al., 1999, Rihmer et al., 2002, Mann et al., 2005). Magyarországon napjainkban ez az arány 30-35%, ami nagymértékű előrelépést mutat a 90-es évekhez és más kelet-európai országokhoz képest (Rihmer, 2004). A sikeres antidepresszív terápia a depressziós tünetek enyhítése mellett nagymértékben csökkenti az öngyilkosság kockázatát is (összefoglalóul lásd Mann et al., 2005, Rihmer és Akiskal, 2006.). Érdekes és viszonylag új adat, hogy a depressziók megfelelő és eredményes akut és hosszútávú kezelése szignifikánsan csökkenti a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris mortalitást is (Angst et al., 2002, Jorge et al., 2003).

Számos követéses vizsgálat szerint az unipoláris és bipoláris depressziók sikeres hosszú távú kezelése szignifikánsan csökkenti a szuicid halálozást (Rihmer és Akiskal, 2006). A depresszió egyre szélesebb körű és eredményesebb kezelése és ennek szuicid mortalitást csökkentő hatása nyomon követhető az adott régió szuicid rátájának csökkenésében is. A depresszió hatékonyabb kezelésének szuicid mortalitást csökkentő hatása ott lesz nagyobb, ahol a szuicid ráta eleve magas, a kezelésben részt vevő depressziós betegek aránya pedig alacsony volt. Kisebb eredményre számíthatunk ellenben ott, ahol a szuicid ráta alacsony, és magas a kezelt depressziók aránya. Isacsson és munkatársai Svédországban az 1991-1992-ben elkövetett öngyilkosságok adatait elemezve arra a következtetésre jutottak, hogy a gyógyszeresen kezelt depressziós betegek szuicid rátája fele akkora volt, mint a nem kezeltéké. Az öngyilkosságok arányát az antidepresszívum felíráshoz hasonlítva direkt összefüggést találtak az adott ország antidepresszívum-felírási szokásának változása (növekedése), és az öngyilkossági ráták alakulása között (Isacsson et al., 1996).

A magyarországi öngyilkossági arány (amely 1992-ig a világon a legmagasabb volt) az 1984-ben lévő 100000 főre vetített 45,9 főről 2002-re 28,0-ra esett, ami 38%-ot meghaladó csökkenés (Rihmer 2004). Ez annak ellenére történt, hogy 1989 és 1996 között a munkanélküliség hatszorosra emelkedett, az alkoholos májcirrhózis miatti halálozás pedig hivatalos becslések szerint 25%-al nőtt. Mindazonáltal a pszichiátriai ambulanciák illetve gondozók száma is megnőtt, míg 1982-ben csupán 95 volt, 1998-ban már 136 rendelő állt rendelkezésre. A pszichiáterek száma is jelentősen emelkedett: 1986-ban 550 volt, 1998-ban már 800. A lelki elsősegély (SOS) telefonszolgáltatók száma az említett időszak alatt 5-ről 28-ra változott. A depresszióval kapcsolatos orvosi képzés eredményeképpen az antidepresszívumok felhasználása is nagymértékben megnőtt: 1984-ben 2,6 DDD/1000fő/nap volt (DDD: defined daily dose, meghatározott napi dózis, a WHO által a gyógyszerfogyasztás mértékének statisztikai meghatározására kialakított egység), 2002-ben pedig már 17,5 amely kb. hétszeres növekedés (Rihmer et al., 2001, Rihmer, 2004). Annak ellenére tehát, hogy a szociális és az öngyilkosságra hajlamosító pszicho-szociális tényezők kedvezőtlenül alakultak, 1984 és 1998 között 30%-os, 1984 és 2002 között már 38%-os csökkenés következett be az öngyilkosságok számában (Rihmer et al., 2001, Rihmer és Akiskal, 2006.). Ezek szerint a hatékony antidepresszív terápia a kulcstényezője (ha nem is kizárólagos meghatározója) az öngyilkosság csökkenésének (Isacsson, 2000, Rihmer 2003, Rihmer és Akiskal, 2006, nyomdában, Mann et al., 2005). Ausztráliában Hall és munkatársai szintén arra a következtetésre jutottak, hogy különböző életkori csoportokban a csökkenő szuicid ráta és az antidepresszívumok forgalmának növekedése szignifikáns összefüggést mutatott, és az öngyilkossági halálozás alakulása nem függött szignifikánsan össze sem a munkanélküliséggel, sem az alkoholfogyasztással, sem az életszínvonal alakulásával. Ezek közül az első kettő növekvő, a harmadik pedig stagnáló tendenciát mutatott a vizsgált időszak alatt Ausztráliában (Hall et al., 2003). Hazánkban az elmúlt húsz év alatt bekövetkezett közel 40%-os szuicid ráta csökkenés nagy eredménynek számít és meghaladja a WHO által kitűzött 20%-os redukciót. A csökkenés tekintetében a világon ma a második helyen állunk Dánia után, ahol a szuicid ráta az utóbbi 20 évben 54 %-al csökkent (Rihmer 2003, Rihmer és Akiskal, 2006.).

A fentebbiekben láthattuk, hogy az öngyilkosság hátterében több és egymással bonyolult kapcsolatban álló tényező és rizikófaktor húzódik meg. Abban is számos tényező játszik szerepet, hogy az öngyilkosság veszélyének felismerése és az öngyilkosság prevenciója még mindig elmarad az ideálistól.

Ennek egyik oka részben az, hogy a legfőbb rizikófaktor, a major depresszió, általában aluldiagnosztizált (Isacsson, 2000, Mann et al., 2005). Emellett gyakran még az öngyilkosságot közvetlenül megelőző időszakban sem veszik észre a jeleket (Rihmer 1997, Pirkis és Burgess, 1998, Andersen et al., 2000, Rihmer et al., 2002). Az öngyilkosságban meghalt betegek 34-66%-a keresi fel háziorvosát, 18-21%-a pedig pszichiátert a halálát megelőző négy hét során (Pirkis et al., 1998, Andersen et al., 2000). A kórházból hazaengedett betegek esetében az öngyilkosság rizikója az átlagpopulációhoz képest több mint háromszoros (Wasserman, 2000, Dhossche et al., 2001), és különösen a pszichiátriai betegek esetében nagy annak veszélye, hogy kórházból való elbocsátásuk után rövid időn belül öngyilkosságot követnek el (Andersen et al., 2001, Mann et al., 2005).

Bár az öngyilkosok csak kis hányada közli konkrétan szándékát környezetével (Andersen et al., 2000, Rihmer et al., 2002), a vizsgálatok eredményei szerint az öngyilkosságot számos indirekt jelzés előzi meg, amelyre elsősorban a közvetlen környezet figyelhet fel. Ilyenek a halál iránti vágyról való beszámolás, a búcsúlevéllel kapcsolatos előkészületek, a végrendelet készítése, gyógyszerek beszerzése és gyűjtögetése, fegyver vásárlása (Kézdy, 1986, Wasserman, 2000). Az öngyilkosságra készülő gyakran próbálja felkelteni a környezet figyelmét (cry for help), ezt azonban az őt körülvevők sokszor nem érzékelik. Az öngyilkosságot közvetlenül megelőző állapotot, a preszuicidális szindrómát (Ringel) tipikus tünetek jellemzik, amelyek a személyiségtől vagy az öngyilkosság alapjául szolgáló pszichopatológiától függetlenül minden öngyilkosságot elkövető személynél fellépnek: a gondolkodás és a magatartás beszűkülése, a gátolt és önmaga ellen forduló agresszió, valamint az öngyilkossággal kapcsolatos fantáziák (Kézdy, 1986, Wasserman, 2000).

Az ápolók szerepe az öngyilkossági veszély felismerésében és elhárításában

A fentebbiek arra utalnak, hogy a pszichiáterek és más egészségügyi dolgozók kiemelt szerepet játszanak az öngyilkosság megelőzésében. Az elsődleges cél a pszichiátriai zavarok megfelelő diagnóza és kezelése lenne (nem csak az öngyilkosságok számának csökkentése érdekében). Azonban a gondolkodás és a viselkedés jellemző megváltozása, a gondolkodásban jellemző jegyek megjelenése akkor is figyelmet kell, hogy keltsen, ha nem merül fel a major depresszió. Az egészségügyi szakdolgozók, ápolók fontos szerepet játszhatnak abban, hogy felismerjék az öngyilkosságot tervező és orvoshoz forduló betegek esetében ezeket a jeleket (a fokozott gátoltságot, visszahúzódást, befelé fordulást,

szorongást, pszichotikus tünetek jelenlétét, szociális támasz hiányát, öngyilkossági szándék szóbeli kifejezését, valamint az öngyilkossági terv hangoztatását), és még nagyobb szerepük lehet az intézményben, illetve a kórházból való távozás után elkövetett öngyilkosság megakadályozásában (Wasseman, 2000).

A háziorvosi rendeléseken ill. a pszichiátriai gondozókban jelentkező betegek első kontaktusa az ott szolgálatot teljesítő ápolóval, asszisztensnővel van. Fontos, hogy az ápoló már az első találkozáskor kommunikálja a depressziós beteggel, hogy a depresszióról ill. egyéb pszichiátriai betegségekről az illető nem tehet, tehát ezt nem kell szégyellni. A pozitív, elfogadó, bátorító légkör kialakítása azért is fontos, mert a társadalom jelentős része még ma is elítéli az öngyilkosságot, így a betegek, a stigmatizációtól való félelmük miatt, általában nem szívesen számolnak be ilyen jellegű gondolataikról és érzéseikről. Az öngyilkossági veszély felismerésénél és elhárításánál az ápolási folyamat jól ismert elemei (felmérés, ápolási diagnózis, tervezés, végrehajtás, értékelés) rutinszerűen alkalmazandók (Simon et al., 1999).

Miután az ápoló felvette az ápolási anamnézist, megállapította a beteg szükségleteit, kitérve a kockázati tényezők jelentőségére is (életkor, szuicid készletesség az anamnézisben, testi betegségek, stb.) meghatározza az ápolási diagnózist (pl. az önmaga ellen irányuló agresszivitás nagyfokú kockázata), majd ezután közép és hosszú távú célokat tűz ki a beteggel illetve a beteg családtagjaival közösen a beteg további ellátására vonatkozóan. Ennek függvényében megteremt a biztonságnyújtás érzését, az odafigyelést a beteg szükségleteire, élve az empátias magatartási és kommunikációs technikákkal, hiszen a gyógyító személyzettel kötött szövetség arra épül, hogy a beteg képes szerződést kötni saját biztonságáról. (Az öngyilkossági veszély felméréséről már volt szó.) Ennek eredménye alapján tervezi meg az ápoló a beteggel való célzott beszélgetés témáját (az öngyilkosság a depresszió, illetve egyéb pszichiátriai betegségek gyakori velejárója, gyógyulás után az öngyilkossági gondolatok minden esetben megszűnnek), illetve azt, hogy szükséges-e azonnali orvosi beavatkozás, esetleg gyógyszeres intervenció, amelynek milyenségét és mennyiségét az orvos dönti el.

Közvetlen vagy közvetett öngyilkossági veszély esetén ezt a tényt az ápolási diagnózisban illetve az ápoló által vezetett ápolási dokumentációban mindenképpen fel kell tüntetni, és a továbbiakban erre a kérdésre mindaddig szisztematikusan vissza kell térni, amíg az öngyilkossági veszély meg nem szűnt. Az így megtervezett orvosi és ápolói beavatkozások végrehajtásának részleteit (célzott ápolói beszélgetés, az esetleges közvetlen szuicid veszély fizikai elhárítása, gyógyszeres beavatkozás, további intenzív megfigyelés elrendelése) ugyancsak dokumentálni kell, majd az intervenció hatékonyságának kiértékelése a kezelőorvossal együttesen történik. A folyamat végére a beteg meg tudja beszélni az egészségügyi ellátóival az öngyilkossági szándékával összefüggő gondolatait, ha újra elhatalmasodik rajta az önpusztítás gondolata felveszi a kapcsolatot hozzátartozóival és az egészségügyi személyzettel. Jövőre vonatkozó tervekkel kezd foglalkozni. Amennyiben ez nem történik meg, ill. újabb probléma merül fel az ápolási folyamat egyes lépéseit illetően, az ápoló újratervezi az ápolási tevékenységet.

Az ápolás célkitűzése a beteg és családja segítése abban, hogy érett személyiséggé váljanak. Az ápoló ebben a folyamatban a támogató, tanácsadó, képviselő szerepét kell, hogy betöltse. Munkájának lényeges részét alkotja a betegek és hozzátartozók oktatása és a folyamatos egészségnevelés is, éppen ezért figyelemkeltő lehet a városházában népszerűsítő plakátok ill. szórólapok elhelyezése, amelyek a depresszió ill. egyéb pszichiátriai betegségek tüneteit sorolják fel, megemlítve azt is, hogy megfelelő kezeléssel a betegség gyógyítható. Ezekből az információk, felvilágosító anyagokból a beteg már spontán módon is levonhatja azt a következtetést, hogy bajával nincsen egyedül, másnak is van ilyen problémája, és az orvosok ismerik ezt a betegséget, amely eredményesen gyógyítható. Ezen ismeretterjesztő anyagoknak arról is szólni kell, hogy a halálvágy, az öngyilkossági gondolatok ill. az öngyilkossági szándék vagy terv nagyon gyakori kísérő tünetei a depresszióknak, amelyek a depresszió gyógyulásával megszűnnek, tehát ezekről őszintén kell beszélni az orvossal.

Ha a beteg az említett problémáját az ápolónak őszintén feltárja, a beszélgetés kapcsán az ápoló jelezze azt is, hogy sok ilyen beteget láttak már, és aki együttműködött a kezeléssel, meggyógyult. Egy-egy ilyen példa, vagy akár egy hasonló betegségből gyógyult pácienssel való találkozás igen nagy meggyőző erővel hat. Érdemes és fontos arról is beszélni a beteggel, hogy akármilyen furcsának is tűnik, a depresszió gyógyszerekkel nagyon hatékonyan gyógyítható. A depressziós betegségek kialakulását az esetek kb. 50 százalékában negatív életesemény (pszichotrauma, veszteség, pl. válás, állás elvesztése, rokonok betegsége, halála stb.) (Mann et al, 1999, 2005, Chen et al, 2000) váltja ki (tehát provokálja), így a depressziós beteg gyakran úgy gondolja, hogy ez panaszainak egyetlen oka, és gyógyszerekkel (valamint pszichoterápiával) nem gyógyítható. Ez azért nem igaz, mert ha a betegnél ezek a negatív életesemények már kiváltották a depressziót, akkor a depresszió megfelelő kezelése elengedhetetlen, természetesen a beteg életének lehetőség szerinti rendezése mellett. Nagyon fontos ugyanis annak hangsúlyozása, hogy az ugyanilyen negatív életesemények az emberek nagy többségében nem váltanak ki depressziót, és a depressziós betegek kb. felében nem észlelhető kiváltó életesemény. A depresszió tehát orvosi értelemben vett betegség, és nem azonos a rossz egyéni-társadalmi közérzet okozta reális és beleérezhető „panaszokkal”.

Célszerű a váróteremben rövid (6-10 tételes) depresszió ill. öngyilkosság szűrő kérdőívek alkalmazása is, amelynek kapcsán a depressziós ill. egyéb betegségben szenvedő páciens szembesülhet azzal, hogy tünetei hasonlóak/megegyeznek a felvilágosító anyagon (plakát, szórólap) felsoroltakkal. Ez megkönnyíti azt is, hogy a beteg az orvosnak panaszairól őszintén beszéljen (Wasseman, 2000). Az ápolónak a beteg oktatása során arra is ki kell térni, hogy a gyógyszeres kezelésnek (főleg kezdetben) lehetnek mellékhatásai, de ezek, bár sokszor igen kellemetlenek, többnyire átmenetiek és veszélytelenek. Ilyen esetekben semmiképpen nem szabad a gyógyszeres kezelést önkényesen megszakítani, és feltétlenül szükséges az orvosnál azonnal (akár telefonon is) jelentkezni. Azt is fontos elmondani, hogy ha a beteg az alkalmazott kezelésre szépen javul, majd tünetmentessé válik, a gyógyszer szedését akkor sem szabad abbahagyni, sőt az orvos utasításai alapján több hónapig is szedni kell, különben korai visszaesés jelentkezik.

Akut, vagyis közvetlen öngyilkossági veszély esetén (különösen, ha a betegnél jelentős szorongás is észlelhető) azonnali gyógyszeres beavatkozás (intramusculáris vagy intravénás anxiolitikum) és sürgős pszichiátriai osztályos elhelyezés javasolt. Ez ellen a betegek (főleg, ha első pszichiátriai osztályos beutalásról van szó) gyakran tiltakoznak. Az orvos mellett az ápolónak is el kell mondani azt, hogy a kórházi kezelés a beteg érdekét, gyors gyógyulását szolgálja és általában 1-3 hétnél nem szokott tovább tartani. Azt is világosan el kell mondani, hogy a depresszió nem elmebetegség, tehát a depresszió diagnózisának kimondása ill. a pszichiátriai osztályra való beutalás nem jelenti azt, hogy a beteget az orvos bolondnak tartja, és a depresszió nagyon nagy valószínűséggel 100 százalékos mértékben gyógyítható. A depresszió ill. az öngyilkos magatartás „de-stigmatizálása” fontos tényező a szuicidium megelőzésében (Mann et al, 2005).

A pszichiátriai osztályra felvett depressziós ill. öngyilkossági veszélyt mutató beteget általában az osztály akut (felvételes) részlegén helyezik el, ahol a nap minden órájában szakképzett ápolók észlelik őt. Megfigyelhetik spontán viselkedését (alvását, étvágyát, környezetével ill. hozzátartozóival való kommunikációit), amely a beteg általános állapotáról sokkal többet mond, mind az orvosi vizsgálatok vagy vizitek alkalmával észlelhető (esetleg a beteg által a valósnál jobbnak feltüntetett) magatartás. A pszichiátriai osztályokon ritkán elkövetett öngyilkosságok esetén a nyugtalan (agitált) depresszió, a heves szorongás ill. a súlyos alvászavar a legfontosabb előrejelző tényezők (Busch et al, 2003).

Közvetlen öngyilkossági veszély esetén természetesen a beteg nem tarthat magánál szuicidium elkövetésére alkalmas eszközöket (kés, olló, stb.), az ápolónak erre mindenképpen figyelni kell. Néha az is előfordul, hogy az antidepresszív gyógyszeres kezelésben részesülő betegnél

pszichés vagy motoros nyugtalanság lép fel, amely fokozott öngyilkossági rizikót jelent (Mann, 1999, 2005, Rihmer és Akiskal, 2006, nyomdában). Ezt azonnal jelezni kell a kezelőorvosnak vagy az ügyeletes orvosnak, mert az ilyen állapot sürgős gyógyszeres beavatkozást, ill. gyógyszer-módosítást igényel. A jelentősen javuló depressziós beteg hamarosan a pszichiátriai osztály „nyílt” részére kerül, és ha állapota már kezdi megközelíteni a teljes gyógyulást, hozzátartozóival egyeztetve rendszerint hétvégi eltávozásra megy. Ilyenkor is fel kell hívni a figyelmet a gyógyszerek (és egyéb utasítások) pontos betartására. Végleges elbocsátás előtt is célszerű rövid beszélgetésben jelezni, hogy a kezelést ambuláns formában továbbra is folytatni kell, hiszen az osztályról való elbocsátás után (elsősorban a kezelés megszakadása miatt) az öngyilkossági rizikó igen magas.

Mivel a rendezett, harmonikus családi légkör ill. ill. hozzátartozókkal, barátokkal való harmonikus viszony öngyilkosság szempontjából protektív tényező (Wasserman, 2000, Rihmer et al, 2002), hangsúlyt kell fektetni a beteg emberi (családi, baráti, munkahelyi) kapcsolatainak rendezésére ill. ápolására is. Olyan betegnél, akiről már bebizonyosodott (vagy feltételezhető), hogy nem működik együtt a kezeléssel, szükséges lehet egy kooperáló hozzátartozót vagy barátot (a beteg beleegyezésével) megnevelni.

Kétségtelen, hogy az öngyilkosság rendkívül komplex, bio-pszicho-szociális jelenség, ezért megelőzése is csak komplex lehet, még a depressziós betegek esetében is. Ugyanakkor mivel az öngyilkosságban meghaltak 40-65 százaléka felkeresi az orvosi ellátás valamilyen formáját élete utolsó 4 hetében (Pirkis és Burgess, 1998, Andersen et al, 2000, Rihmer et al, 2002), az egészségügyi személyzetnek kiemelt jelentősége van az öngyilkossági rizikó felismerésében és megelőzésében.

Irodalomjegyzék

1. Angst, F., et al., (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders*, 68, 167-181.
2. Beautrais, A.L. et al., (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 413-419
3. Busch K.A. et al. (2003) Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*, 64: 1-19..
4. Chen, A.T.A. et al. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 17, 360-365.
5. Dhossche, D.M., Uluarac, A., Syed W. (2001). A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from hospital. *Archives of Internal Medicine*, 161, 991-994.
6. Hall, W.D. et al. (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *British Medical Journal*, 326, 1008-1012.
7. Isacsson, G. (2000). Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 113-117.
8. Isacsson, G., Bergman, U., Rich, C.L. (1996). Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *Journal of Affective Disorders*, 40, 1-8.
9. Jorge, R.E., Robinson, R.G., Arndt, S., Starkstein, S. (2003). Mortality and post-stroke depression: a placebo-controlled trial of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1823-1829.
10. Kézdy, B. Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In: Buda, B., Füredi, J. (szerk) (1986). *Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából*. Magyar Pszichiátriai Társaság: Budapest.
11. Mann, J.J. et al. (1999). Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
12. Mann, J.J. et al. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.
13. Oquendo, M.A. et al. (1999). Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 156, 190-194.
14. Ozsváth, K. Az öngyilkos magatartás. In: Magyar, I. (szerk) (1989). *Pszichiátria*. SOTE: Budapest.
15. Pirkis, J., Burgess, P. (1998) Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173, 462-474.
16. Rihmer Z. (2004). Decreasing national suicide rates – Fact or fiction? *World J Biol Psychiatry*, 5: 55-56.
17. Rihmer, Z. (1997) Recognition of depression and prevention of suicide: the role of general practitioners and general physicians. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1, 131-134.
18. Rihmer, Z. (2003). A depressziók eredményes kezelésének hatása az öngyilkossági halálozás alakulására. *Orvosképzés*, 78, 95-99.
19. Rihmer, Z. és Rutz, W. (2000) Depresszió és öngyilkosság férfiaknál. *Hippocrates*, II/3, 169-174.
20. Rihmer, Z., Belső, N., Kalmár, S. (2001) Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 238-239.
21. Rihmer, Z., Belső, N., Kiss, K. (2002) Strategies for suicide prevention. *Current Opinion in Psychiatry*, Andersen, U.A. et al. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers or general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 126-134.
22. Rihmer, Z., és Akiskal, H.S. (2006). Do antidepressives treat(en) depressives? *Journal of Affective Disorders*, in press.
23. Szádóczky E. et al. (2000). A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében, 141, 17-22.
24. Wasserman, D. (szerk.) (2000). *Suicide. An unnecessary death*. Martin Dunitz: London.

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Intézményi katasztrófa-ellátás

Dakó Klára

MH. Kecskeméti Repülőkórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Osztály

Összefoglaló

*A Kecskeméti Repülőkórházban honvédségi intézmény lévén különös gondot kell fordítani a katasztrófa-elhárításra, ill. a katasztrófák következményeinek felszámolására. Katasztrófák azonban nem feltétlenül katonai kórházak környezetében következnek be, bárhol, bármikor előfordulhatnak, ezért minden egészségügyi szakembernek ismernie kell a rendkívüli helyzetekben ellátandó legfontosabb feladatokat, a teendőket, hiszen **az időben történő hatékony ellátás életet menthet.***

Katasztrófa tervvel minden egészségügyi intézménynek rendelkeznie kell, melynek meglétét, tartalmi követelményeit különböző rendeletek, törvények szabályozzák. Általános tapasztalat, hogy ennek tartalmát nem ismerik az adott egészségügyi intézményben dolgozó szakemberek, így nem is gondolnak arra, hogy sürgőshelyzetben a katasztrófa terv alkalmazásával szervezettebben, gyorsabban tudunk segíteni a sérülteken, ezáltal több életet megmenthetnek. A közlemény célja a katasztrófa terv megismertetése, valamint intézményünkben történő alkalmazásának bemutatása.

Katasztrófák és következményeik

Mikor beszélünk katasztrófáról? A hivatalos megfogalmazás szerint „a katasztrófa előre nem látott, nagy jelentőségű, azonnali intézkedést igénylő helyzet, amikor egyszerre vagy nagyon rövid időn belül **nagyszámú ember sérül meg, kerül közvetlen életveszélybe**, sokan meghalnak, az anyagi károk óriásiak. Jellemző, hogy az érintett közösség önmaga a következményeket felszámolni képtelen, segítségre van szüksége”.

Természetesen Magyarországon sem vagyunk védve a katasztrófákkal szemben. Nem kell messzire mennünk az időben, ha az árvizeket tekintjük, de gondolnunk kell a tömeges balesetekre, ill., a járványügyi katasztrófát okozható különböző vírusok megjelenésére.

A különböző katasztrófák más-más következményekkel járnak, így pl. a földrengések, robbantások, tömeges balesetek elsősorban baleseti jellegű sérüléseket –töréseket, roncolt sérüléseket, végtaghiányokat okozhatnak. Ezzel ellentétben a járványok, veszélyes anyagok belgyógyászati jellegű elváltozásokat okoznak, mint pl. sugárártalom, vegyi anyagok hatásai.

Számunkra, egészségügyben dolgozók számára különösen a nagyszámú sérült ellátása jelent kihívást, hiszen a szakértelmen, gyakorlaton, tapasztalatokon túl ilyenkor leginkább **a szervezetségre van szükség.**

A katasztrófa-terv

A katasztrófa-terv az előbb említett **két alapvető sérüléstípus** ellátási rendszerére épül, de figyelembe kell vennünk a sérültek számát is, amelytől függően **3 fokozatot** különböztetünk meg.

I. fokozat:

5-20 sérülttel kell számolni. A fogadó osztály képes saját erőivel, eszközeivel, és a megerősített röntgen, labor ill., beteghordó és adminisztrációs segéderők segítségével a sérültek ellátására.

II. fokozat:

20-40 sérülttel kell számolni. Ellátásuk csak úgy oldható meg, ha a könnyebb betegek kibocsátásra kerülnek az osztályról (a kórházból). Jelentős számú egyéb munkaeőrt kell bevetni a közben beérkező személyi állomány nem profilba (nem a saját osztályhoz) tartozó tagjai közül, az ápoló és segéderői állományból is.

III. fokozat:

40-60 főt kell ellátni. A kórház összes kibocsátható betegét ki kell engedni, és a kórház a feladatot csak a teljes személyi állományának bevonásával tudja ellátni, de külső segéderők, ill., más egészségügyi intézmények bevonásával is számolni kell

Az ellátásra kerülő betegek száma természetesen a fogadó kórház ágyszámának és a sérültek arányának függvényében változik

A katasztrófa-terv több részből tevődik össze, hiszen minden eshetőségre fel kell készülni, de természetesen mindig csak a helyzetnek megfelelő részeket kell alkalmazni.

A katasztrófa-terv részei:

- Riasztási-berendelési terv
- Kitelepítési terv
- Kimenkitési terv
- Elzárkózási terv
- Orvosi segélyhely telepítési terv
- Sürgősház telepítési terv
- Többfeladatok ellátásának terve
- Az ellátás fenntartásának terve
- Egészségügyi és egyéb anyagbiztosítási terv
- Szállítási terv
- Élelmezési terv
- Kommunikációs terv

Riasztás- berendelés

A riasztási-berendelési tervet a katasztrófa- terv „lelkének” nevezhetjük, melynek célja a váratlan feladat esetére és annak végrehajtásához szükséges személyi állomány berendelésére való felkészülés. A terv alapján rendelik be a szükséges személyeket az aktuális helyzetnek megfelelő sorrendben, a folyamatosan aktualizált, pontosított név-cím-telefonszám lista alapján.

A riasztás-berendelési terv két változatban készül el, hiszen másként történik a berendelés nappal, munkaidőben, mikor a szolgálatban nem

lévő állományt kell riasztani, és másként a munkaidőn túli időszakban, amikor akár a teljes állomány berendelésére sor kerülhet. Itt is jelentős szerepe van az időfaktornak. Az 1. táblázat mutatja, hogy mennyi idő alatt kell alkalmazni az azonnali rendszabályokat, ill. mennyi idő áll rendelkezésre a teljes működőképesség biztosítására.

1. táblázat Az intézkedések bevezetésének időfaktorai

	Munkaidőben	Munkaidőn túl	Munkaszüneti napokon
Azonnali rendszabályok	Azonnal	2 óra	4 óra
Teljes működőképesség	2 óra	6 óra	8 óra

A riasztás menete munkaidőben

Az **értesítés** vétele után a fogadó osztályok jelentenek a főigazgatónak, aki a szükségleteknek megfelelően kijelöli azokat az osztályokat, amelyekre a fogadó osztályokról a betegek áthelyezhetők, ill., szükség esetén innen bocsáthatók ki a betegek, hogy több szabad ágyat lehessen biztosítani.

Ezalatt megkezdik a **folyosók kiürítését**, az ott tartózkodókat meghatározott útvonalon kiirányítják az épületből. Közben az aulában (vagy egyéb meghatározott, bejárathoz közeli, kellően nagy területen) megkezdik az **átvevő-osztályozó tér kialakítását**, ahol a baleseti sebész főorvos vagy helyettese irányításával és egy aneszteziológus orvos (belgyógyászati típusú sérültek esetén a belgyógyász főorvos vagy helyettese irányításával) valamint asszisztens és adminisztrátor segítségével megkezdik a sérültek osztályozását.

Valamennyi beteghordót ide kell irányítani, beleértve szükség esetén akár a szakmunkásokat is.

A műtőkben, kötézőkben le kell állítani a munkát a folyamatban lévő műtétek befejezése után.

Közben **meg kell erősíteni a portákat**, gondoskodni kell a **diagnosztikai, ill., a szükséges konziliális tevékenység biztosításáról**, valamint szükség van egy **információs egység működtetésére**, mely a külső és belső tájékoztatást megszervezi. Biztosítani kell a szükséges **egészségügyi és egyéb anyagokat**, valamint ezek **utánpótlását**.

II-es és III-as fokozat esetén megkezdik működését az **ágyfelszabadító csoport** az ápolási igazgató vezetésével, az osztályos főnővérek segítségével. Szükség esetén **riasztani kell a kórházzállót** az elérhető dolgozók berendelésére, valamint gondoskodni kell a **bent lévő dolgozók ellátásáról, pihentetéséről**.

A riasztás menete munkaidőn túl

Munkaidőn túli időszakban hasonló a **riasztás** menete, csak természetesen itt az **ügyeletvezető orvoshoz fut be** az értesítés, ő fogja az **igazgatóságot**, a **fogadó osztály osztályvezetőjét riasztani**, valamint ő kezdi meg a **készenlétkben lévő orvosok, szakasszisztensek behívását, riasztja a kórházzállón tartózkodókat**. A bent tartózkodókkal megkezdik az **átvevő-osztályozó kialakítását, az egészségügyi anyagok előkészítését, felkészülnek a sérültek fogadására**.

A további – nem készenlétkben lévő- dolgozók riasztásáról a főigazgató rendelkezik.

A folyamatoss tennivalókat **mindig a beérkezett legmagasabb beosztású személy irányítja!**

A beérkező szak személyzet (műtő dolgozói, aneszteziológusok, röntgen, labor, ITO) dolgozói egyenesen a tervben pontosan megjelölt munkahelyükre mennek. Az egyéb egészségügyi és nem egészségügyi állomány pedig egy meghatározott helyen tájékoztatást kap a helyzetről és a konkrét feladatokról.

Közlekedés az intézetben a tömeges sérültellátás időszakában

A belső közlekedés is pontosan meghatározott, hiszen káoszt okozna, ha kereszteznék egymás útját a beérkező, friss sérültek, a kiürítésre kerülő fekvő-és járó betegek, valamint a beérkező személyi állomány.

Intézményünk katasztrófa tervében ezek az útvonalak különböző színekkel vannak jelölve, így pirossal a beérkező sérültek útvonala, zölddel a kiürítésre kerülőké, míg késsel a beérkező dolgozóké.

Átvevő-osztályozó

A katasztrófa-ellátás legfontosabb pontja az átvevő-osztályozó, mely mind a katasztrófa helyszínén, mind pedig az ellátó intézményekben a további ellátás alapkövét képezi.

Feladata:

- meghatározni az ellátás sorrendjét és sürgősségét,
- meghatározni, hogy a kórház mely részlegébe kell szállítani a sérülteket, betegeket,
- adminisztráció.

Az osztályozást lehetőleg a legtapasztaltabb szakorvosnak kell végeznie.

A betegek további sorsa

Baleseti sebészeti sérültek a következők alapján kerülnek osztályozásra ill., további elhelyezésre:

- **Polytraumatizáltak**, életmentő beavatkozást igénylők- elhelyezésük az ITO-n, az általános ill. baleseti sebészet őrző-kórtermében történik.
- **Hasi, mellkasi sérültek**- az általános sebészeti osztályra kerülnek.
- **A koponya és végtagsérültek** elhelyezése a baleseti sebészetben történik.
- **Halasztható sebészeti beavatkozásra szoruló** a baleseti sebészeti ambulanciára kerülnek.
- **A könnyű** sérülteket az általános sebészeti ambulanciára irányítják.
- Az ún. „**menthetetlen sérültek**” az elkülönítőbe kerülnek, ahol egy ápoló biztosít felügyeletet számukra.

Baleseti belgyógyászati profilú betegek osztályozása során a következő típusokat különböztetjük meg:

- **Sugársérültek** (I-, II-, III-, IV. formák)
- **Mérgeztettek**
- **Kombinált sérültek**

- **Ismeretlen eredetű (pl. fertőző) betegségek**
Ezek a betegek kerülhetnek:
- **Sugárellenőrzőbe**, ahol megtörténik a dozimetriás vizsgálat, osztályozás, valamint a környezetükre veszélyes sérültek kiválasztása.
- **A fűrdető-mentesítő részlegbe**, ahol a sugárzó vagy vegyi anyaggal, esetleg biológiai anyaggal szennyezett sérültek mentesítése történik.
- **Osztályokra** a mérgezetten, ismeretlen eredetű vagy kombinált sérülések kerülnek
- **Elkülönítőbe** történik a fertőző, vagy fertőző betegségre gyanús betegek elhelyezése, fertőző osztályra történő szállításukig.

Az egyes műtők, ambulanciák, elkülönítők, stb. személyzete pontosan meghatározott.

A katasztrófa milyenségétől függően különböző típusú ágyak felszabadítására van szükség, hiszen egy járvány vagy egy nukleáris baleset esetén nincs szükség sebészeti ágyakra, míg egy tömeges baleset vagy vegyipari katasztrófa következményeinek felszámolásakor szükség lehet akár pszichiátriai ellátásra is. A felszabadított ágyak elosztásának arányát táblázatban mutatjuk be. (2. táblázat)

2. táblázat: A felszabadított ágyak elosztása a katasztrófa milyenségének függvényében

Nukleáris baleset	Vegyipari baleset	Baleset, robbanás	Humán járványügyi katasztrófa
40% ITO 60% Bel.	10% ITO 20% Seb. 70% Bel. 10% Pszich.	20% ITO 55% Seb. 15% Bel. 10% Pszich.	20% ITO 80% Bel.

A katasztrófa-terv egyéb részei

A katasztrófa –terv mellékletként tartalmazza még a belső közlekedés vázlatát, a portaszolgálat, a telefonközpont teendőit, hiszen a különleges helyzetben nekik is pontosan meghatározott feladatokat kell ellátniuk.

Itt található még a terv egyik legfontosabb része, **a riasztási névsor**, mely pontosan tartalmazza a dolgozók nevét, címét és telefonszámát, melyet folyamatosan aktualizálni kell. Ennek kiegészítéseként intézményünkben naponta kitöltésre kerül egy dokumentum, az ún. „kutyanyelv”, melyben osztályonként pontosítják a felelősök az egyes dolgozók tartózkodási helyét, elérhetőségét. Így mindig látható, hogy aktuálisan ki van szolgálatban, ki van városon kívül, szabadságon vagy betegszabadságon.

Természetesen azon kívül, hogy a katasztrófa-tervnek mindig, mindenki számára elérhetőnek kell lennie, fontos **a tartalmának ismertetése mind a vezetők, mind az egyes osztályok, szakágak dolgozói számára**. Pontosán meghatározottak a különböző feladatok felelősei is.

Mindezekon felül nem elhanyagolható a gyakorlás, ugyanis **a hatékonyabb ellátás érdekében a katasztrófa-ellátást gyakorolni kell!**

A katasztrófa-ellátás igen sok embert megmozgató, felelősségteljes feladat, melynek hatékonysága –ennek következtében a megmentett életek száma is a szervezethez függ. Remélem, jelen közlemény révén minden olvasó kicsit közelebb került a katasztrófa-terv jelentőségének belátásához, és azt nem csak egy szükséges, a többi között porosodó füzetkének fogják tartani.

Irodalomjegyzék

1. MH. Kecskeméti Repülőkórház: Intézeti Katasztrófa Terv
2. 29/2000. (X. 30.) EüM rendelet az ei-i intézmények katasztrófaterveinek tartalmi követelményeiről
3. 158/1999. (XI. 19.) Kormány rendelet a katasztrófa –egészségügyi ellátásról

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A látás rehabilitációja: hogyan változtatták meg a mikrosebészeti technikák szemészeti betegek ápolását és rehabilitációját

Bódi Mónika

szemészeti szakasszisztens, Szeged Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Szemészeti Klinika, Diabetes Ambulancia

Pető Tünde

egyetemi tanársegéd, Szeged Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Szemészeti Klinika,

Képelemző Centrum Igazgatója, Moorfields Szemészeti Klinika, London, Anglia

B. Tóth Barbara

klinikai orvos, Szeged Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Szemészeti Klinika,

Összefoglaló

A szerzők két, nagy fejlődésen keresztülment szemészeti betegség ellátása alapján mutatják be az ápolással és a betegellátással kapcsolatos változásokat. Mind a szürkehályog, mind a látóhártya leválás hosszas kórházi ellátást igényelt a mikrosebészeti módszerek elterjedése előtt. A műtéti technika változása magával hozta a rövid kórházi belfekvés lehetőségét. Ez kihatással van a betegek lelki vezetésére, valamint a nővéri munka szervezésére is.

A szerzők a két betegség történeti hátterét tekintik át, és a jelen műtéti ellátás alapján részletezik az ápolási teendők változását. Ma már hazánkban is leggyakrabban a mikrosebészeti módszereket használják ezen két betegségcsoport ellátásában. Ez azonban sajnos nem jelenti a teljes szövődíjmentességet, és erre a betegre is fel kell készíteni.

Tapasztalataik alapján javasolják, hogy ezen betegek a műtéti beavatkozás előtt részletes szemészeti felvilágosításban részesüljenek, nem feltétlenül csak az orvosok, hanem az ápolási teendőkben jártas nővérek által is. Így nemcsak a műtéti és orvosi ellátást, de az oly fontos ápolási és utókezelési lépéseket is megismerhetik a betegek, és ez hozzájárulhat a lehetséges szövődíjmentesség számának csökkentéséhez.

A probléma ismertetése

A látás rehabilitációja az egyik legszebb feladata a szemésznek, a beteget ellátó szemészeti asszisztensnek és ápolónak. Még ma is sokan vannak Magyarországon, akik nem kerülnek időben orvoshoz, és a gyógyítható, vagy legalább lassítható szembetegségüket már csak olyan fázisban fedezik fel, amikor a látás már nem menthető meg (Németh és Süveges, 2001). A szemészeti betegségek nagy része alattomosan támad, nincs olyan korai tünet, amely a beteget orvoshoz vinné.

A szemészet, műtéti szakma lévén, több betegségre talált sebészi megoldást. Két nagy műtétcsoporton, a szürkehályog és a retinaleválás megoldásán keresztül szeretnénk felhívni a figyelmet a változó műtéti indikációkra és ismertetni a változó ápolási elvárásokat. Ezen ismeretek segíthetik a rehabilitáció, diabetológia és más területeken dolgozó szakembereket abban, hogy a szemészeti problémákkal is küzdő, ezáltal többszörösen hátrányos helyzetben levő, sokszor idős, esetleg még mozgáskorlátozott betegeket időben szemészeti szakellátásra irányítsák.

A probléma kifejtése és megbeszélése

Szürkehályog

A szürkehályog (cataracta) még ma is a leggyakoribb vaksági ok a fejlődő világban (WHO/12, 1999). Ennek jelentős szociális és pénzügyi vonzata van, hiszen a még dolgozóképes korban levő betegek így ellátottakká válhatnak idő előtt. Hazai felmérések szerint még mindig jelentős arányban vannak olyanok, akik emiatt részesülnek vaksági segélyben, bár számuk a korábbi felmérésekhez képest csökkent (Vastagh, 1980, Németh, Frigyk, 2005). Ezek a betegek rendszerint jelentős, akár az altatást, anesztéziát is kizáró comorbiditással rendelkeznek.

A szürkehályog a szem lencséjének az elszürkülése, emiatt a fény nem éri el a látóhártyát. A borbélysebészek korában az elszürkült szemlencsét belenyomták a szem belsejét nagy részben kitöltő üvegtestbe, ezáltal eltávolítva azt a fény útjából. Ez sokszor súlyos gyulladáshoz, a szem elvesztéséhez vezetett, de sikeres esetekben a betegek jobban láttak, mint a műtét előtt. Az első nagy lépést az intracapsuláris lencsekivonás jelentette, amikor a teljes elszürkült lencsét eltávolította a sebész. A műtét után a betegek napokig teljes ellátásra szorultak. A hospitalizálási idő 2 hét volt, ezalatt a szemet borogatták, kenőcsökkel, cseppekkel kezelték. A műtét után 6 héttel a betegek +10 dioptria vagy ennél erősebb szemüveget kaptak. A szemüveg nélkül a betegek gyakorlatilag nem láttak eleget ahhoz, hogy a napi teendőiket ellássák, de a szemüveggel akár a teljessé válhatott a látásélesség. Sajnos a késői komplikációk közül a retinaleválás gyakori volt. Klinikánkon a 2003-as évben már csak összesen 1 ilyen típusú beavatkozás történt.

A következő nagy előrelépést a műlencse és ezzel párhuzamosan az operációs mikroszkóp megjelenése jelentette (Süveges, 2004). Az első műlencsét Harold Ridley ültette be az 1947-ben. Az ötlet onnan eredt, hogy a második világháborúban a pilóták szemébe csapódó plexi üvegdarab nem okozott kilöködési reakciót. A műtét során a lencse hátsó tokját helyben hagyják, és ide ültetik be a műlencsét. A műlencseimplantáció a korábbi 2 hétről 3-5 napra rövidítette le a kórházi ápolási napok számát, de a betegek a műtét napján továbbra is teljes ellátásra szorulnak. A műtétet követő második napon már viszonylag jól láthattak, ha más betegség nem állt fent. A betegek jobb közérzetéhez az is hozzájárult, hogy a korábbi kenőcsöket felváltották a széles hatásspektrumú szemcseppek. Klinikánkon a 2003-as évben 491 ilyen típusú szürkehályog műtétet végeztek.

A legkorszerűbb műtéti technika az úgynevezett phacoemulsifikációs technika, amelyet a köznyelvben lézeres műtétnak hívnak. A műtét során az elszürkült lencsét nem lézerrel, hanem ultrahanggal zúzzák szét, majd egy szívóberendezéssel eltávolítják. A műtéti seb mindössze 2-3 mm, és az esetek nagy részében nem igényel varratot, ezáltal csökkenti a kellemetlen idegentest érzést. A műtéti idő 45 percről átlag 15 percre csökkent. Az ápolási napok száma hazánkban 2-3 napra változott. A betegek a műtétet követően nincsenek ágyhoz kötve, mobilizálhatóak, látásuk gyorsan javul, és otthonukban is el tudják látni magukat. A fejlett nyugati országokban ezt a beavatkozást már ambulanter módon végzik. A tendencia az egynapos sebészeti ellátásra hazánkban is kialakulóban van. Klinikánkon a 2003-as évben 913 ilyen típusú műtétet végeztek.

Az idők során változtak a műtét indikációi is. Míg az intracapsularis műtét a szürkehályognak „érettnek” kellett lennie, a jelenlegi phacoemulsifikációs módszerek inkább a nem túl elszürkült lencse a legkedvezőbb. Sajnos sokszor a betegek még mindig kíváncsiak, hogy a hályog érett legyen, ezáltal kevésbé megfelelő operatív helyzetbe sodorják magukat. A fent említett fejlődés nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a betegek közérzete javuljon, jelentősen csökkenjen a műtéttel kapcsolatos szorongásaik. Ebben az is szerepet játszik, hogy a célzott, információ-gazdag és gyors betegoktatás ma már alapvető elvárás.

A műtéti technika fejlődésével egyre kevesebb időt kell a betegeknek a szemészeti osztályon tölteni, ezt a betegek különbözőképpen élik meg. Sokszor aggódnak, hogy képesek lesznek-e szemcseppeket csöpögtetni, fogják-e tudni, mikor kell visszajönni ellenőrzésre, és általában véve el tudják-e majd látni magukat. Ezeket a problémákat még a hazabocsátás előtt meg kell beszélni a betegekkel, különben a szorongásuk miatt visszajönnek, legtöbbször fölöslegesen, ellenőrzésre vagy a sürgősségi rendelésre. A másik indok, ami miatt a lelki vezetés igen lényeges az, hogy ma már olyan betegeket is operálunk szürkehályog miatt, akiknél a táblaolvasás nem javul számottevően, de a perifériás látás igen, mint például macula degeneráció esetén. Ezen betegek esetében nagyon fontos, hogy a műtéti előkészítés során a betegek elvárásait pontosítsuk, és mind a beteg, mind a hozzátartozók értsék, hogy mi a műtét célja. A tisztább optikai tengely lehetővé teszi azt, hogy a beteg számára a legmegfelelőbb távcsőszemüveget és nagyítót tudják felírní.

Retinaleválás

A másik nagy terület, ahol előrelépés történt, az a retina teljes vagy részleges leválásának esetén alkalmazott műtéti technika változása (Süveges, 2004). A retinaleváláskor a betegek villámlatásról, hirtelen látásvesztésről panaszoknak. A panaszokkal azonnal orvoshoz kell

fordulni, és amennyiben a retinaleválás igazolódik, műtét szükséges, hogy a látóhártyát visszahelyezzék a fiziológiás helyzetébe. Kezdetben ezt a szemre helyezett cerclage és plomba segítségével érték el. Az ápolási idő 2 hét is lehetett, ennek egy részében teljes ágynyugalom volt szükséges, fiziológiás szükségletek biztosítása az ápolók feladata volt (ágyban kellett etetni, itatni, fürdetni). A betegeket egy hét után fokozatosan mobilizálták, de továbbra is állandó felügyeletet igényelt a gyenge látásélessége miatt.

Nagy áttörést jelentett a retinaleválás megoldásában a vitrectomia, a kóros üvegtest eltávolításának bevezetése (Süveges, 2004). Lényege, hogy a szemgolyón ejtett sebészen keresztül a szem belseje felől helyezik vissza a retinát fiziológiás helyzetébe. Ez úgy érhető el, hogy a szemgolyót gázzal vagy folyadékkal „töltik fel”, így belső tamponádót képeznek a retina számára. Vitrectomiát nemcsak a retinaleválás miatt, hanem az üvegtest más eredetű betegsége esetén is végeznek (pl. proliferatív vitreoretinopathia, üvegtesti vérzés). Gázfeltöltés esetén egy napig szigorú ágynyugalom van előírva, míg a silicon olaj feltöltés másnapján a beteg mobilizálhatóvá válik, így a teljes ápolási napok száma 3-5 napra csökkent. A műtétek nagy része ma már helyi érzéstelenítésben történik, így a korábban altatásban végzett műtét utáni ápolási teendők nagymértékben csökkentek. A szigorú ágynyugalom lehetséges szövődményei (thrombosis, pneumonia) is elkerülhetők. Klinikánkon a 2003-as évben összesen 27 cerclage műtét és 168 vitrectomia műtét történt.

Felmerül a kérdés: hogyan változott az ápoló tevékenysége a szemészeti osztályon, ha a betegek ilyen gyorsan önellátóvá válnak?

A betegeket a műtétekhez mind fizikálisan, mind pszichésen elő kell készíteni. Miután a szürkehályog műtetre kerülő betegek nagy többsége az idősebb korosztályhoz tartozik, fokozottan kell figyelni az ápolás során a mobilizálással összefüggésben az esetleges baleset kivédésére is. A műtėti előkészítés során lehetőség nyílik a beteggel való beszélgetésre, szorongásainak csökkentésére. Az orvos utasításainak megfelelően előírt kezeléseket, cseppentéseket végre kell hajtani, figyelve a nosocomialis fertőzések kialakulásának kivédésére. Ennek érdekében a betegeket meg kell tanítani a helyes, higiénies szemcseppentés módjára. A pszichés táogatás része, hogy azon betegeknél, ahol a várható centrális látásélesség változás a co-morbiditás miatt minimális, a csökkentlátó rendelésre minál hamarabb eljuttassuk a beteget, hogy a limitált javulást minél hamarabb elérjük.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a szemészeti mikrosebészeti technikák dinamikus fejlődése jelentősen lecsökkentette a kórházi ápolási napok számát. A legtöbb beteg hamarabb vissza tud illeszkedni a hétköznapi életbe. Csökkent a pszichés terhelés a lerövidült műtėti idő és kórházi tartózkodás miatt, azonban megnőtt a megfelelő pszichés vezetés és otthoni posztoperatív kezelés megtanításának szükségessége.

Az egyre szélesedő terápiás készítmények használata megkönnyítette a műtét utáni gyógyulást. Az ápolók feladatában jelentős változás, hogy a teljes ápolási idő csökkent, a betegellátás fizikai része egyszerűsödött. Az ápolók feladatkörében külön hangsúlyt kapott az egészségnevelő tevékenység, s ennek eredményeképpen a betegek korábban távozhattak az intézményekből, visszakapván legfőbb kincsüket, a látásukat.

Irodalomjegyzék

1. Berger, J.W., Fine, S.L., Maguire M.G. (1999): *Age related macular degeneration*. Mosby, St Louis, p433-442.
2. Németh, J., Frigyk, A., Vastag, O. Göcse, P. et al. (2005): *Vaksági okok Magyarországon 1996 és 2000 között Szemészet*, 142:127-133
3. Németh, J., Süveges I., (2001): *Vision 2020 – Világméretű program az elkerülhető vakság felszámolására. Szemészet*, 138, 115-117.
4. Süveges I (szerk.) (2004): *Szemészet, Medicina Könyvkiadó RT, Budapest. Pp155, 227, 217.*
5. Vastag O.: *Vaksági statisztikáink elemzése. Szemészet 1980; 120:57-59.*
6. *Vision 2020: The right to sight: Press release (1999) WHO/12.*

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Egy kifejlesztés alatt álló otthon monitorozó készülék iránti igények felmérése Zala megyében

Karamánné Pakai Annamária

főiskolai tanársegéd, PTE ETK Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Zalaegerszegi Képzési Központ

Dr. Peterka Gabriella

főiskolai docens, PTE ETK Alkalmazott Élettudományi Intézet, Zalaegerszegi Képzési Központ

Dér Anikó

tudományos segédmunkatárs, PTE ETK Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Zalaegerszegi Képzési Központ

Bujtor Anna

főiskolai adjunktus, PTE ETK Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Zalaegerszegi Képzési Központ

Dancsné Balogh Kornélia

főiskolai tanársegéd, PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központ, Fizioterápiás Tanszék

Czőmpöl Orsolya

főiskolai tanársegéd, PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központ, Fizioterápiás Tanszék

Összefoglaló

A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem 3 tanszéke GVOP konzorciumi pályázat keretében egy egészségi állapotot szakképzettség nélkül otthon monitorozó készülék kifejlesztésére vállalkozik, amely a jelenleg alkalmazott műszereknél pontosabb adatokat szolgáltat és több élettani paramétert mér.

A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központjának munkacsapata a készülék fejlesztésével kapcsolatos tájékoztatást és az igényfelmérést vállalta magára. A vizsgálati mintát a megye különböző egészségügyi intézetben dolgozó ápolók, szociális gondozók valamint idős, beteg, szív-érrendszeri betegségekben szenvedők közül véletlenszerű mintavételi technikával kiválasztott 192 fő képezte. A válaszadók az egészségi állapot folyamatos ellenőrzésének lehetősége, az egészségügyi intézményektől távol lakó emberek biztonságérzetének növekedése, az akut állapot romlásának gyors felismerése és a riasztási funkció miatt tartják indokoltnak az új műszer létrehozását. A készülék elterjedése a kardio- és cerebrovaszkuláris betegségek megelőzésének is eszköze lehet, meghosszabbítva ezzel az életet, a munkaképes kort, javítva az életminőséget, elkerülve a tartós inaktivitást, hozzájárulva ezzel a nemzeti program magas vérnyomás csökkentését célzó terveinek megvalósulásához, az általános egészségi állapot javulásához is.

Bevezetés

Magyarországon a kardio- és cerebrovaszkuláris betegségek előfordulási gyakorisága a nemzetközi adatokhoz viszonyítva magas. A kardiovaszkuláris megbetegedések egyik leggyakoribb rizikófaktor a hipertónia betegsége. A magas vérnyomás nagy tömegeket érintő népbetegség. Felmérések szerint a világ különböző részein a felnőtt lakosság 25-50%-ánál fordul elő. Incidenciája az elmúlt 10 évben folyamatosan nőtt. Miután a hipertónia a legfőbb veszélyeztető tényező a szívinfarktus, a szívelégtelenség, a stroke, a demencia, a vesebetegségek és a progresszív ateroszklerózis kialakulásában, nagymértékben befolyásolja a kardiovaszkuláris morbiditást, mortalitást, a keresőképességet és a munkaképességet. (Magyar Hypertonia Társaság 2005; Szegedi, Valikovics, 2005)

A vérnyomást jelenleg a leggyakrabban egy adott pillanatban mért értékkel jellemzik. Ez nincs összhangban azzal, hogy a vérnyomás jelentősen ingadozik a nap folyamán. A szervezet szabályozó mechanizmusa miatt a szisztolés és diasztolés nyomás rövidtávon is eltérő értéket mutat. A népbetegségnek számító magasvérnyomás-betegség diagnosztikájában, a hipertóniára vonatkozó klinikai és farmakológiai kutatásokban az ambuláns vérnyomásmérő monitorok nélkülözhetetlenné váltak. Napjainkban nagyszámú ambuláns vérnyomás-monitorozási műszer van forgalomban, azonban ezek a készülékek a vérnyomás pillanatnyi értékeit mérik. A jelenleg létező vérnyomásmérők az oszcillometria elvét követik, mely az artériás középnyomást méri. (Kékes, 1999) Ez a módszer az egészséges embereknél elfogadható értékeket ad, de a szív- és érrendszeri betegségekben szenvedők esetében nem tekinthető specifikusnak. Szükségessé vált az egészségügyi ellátásból kikerülő, utógondozásban részesülő betegek egészségi állapotáról való folyamatos tájékozódás, az akut történések azonnali felismerése, s ezzel az egészségügyi ellátó rendszer minőségi mutatóinak javítása érdekében is egy olyan új készülék kifejlesztése, amely több élettani paraméter mérésével hozzájárulna a fenti célok megvalósításához. (Peterka, 2005)

A készülék bemutatása

Az egészségi állapotot otthon monitorozó készülék szakképzettség nélkül használható. Előre meghatározott időpontokban fontos élettani paramétereket mér. Lehetőséget nyújt a felhasználó által tetszőleges időben kezdeményezett mérésre, és az EKG jelből a frontális sík minden elvezetése szerinti felvétel készítésére is. A non-invazív módon mérhető paraméterek: vérnyomás, EKG, felkari artériák állapota, vér oxigén telítettség. A készülék a mért adatokat (napi két mérést feltételezve) két hónapig képes tárolni. Ha ez alatt az idő alatt a készülék beavatkozást igénylő állapotot nem tapasztal, akkor a tárolt adatok a páciens orvosához elvihetők (flash memória kártyán), hozzásegítve ezzel a háziorvost a nagyobb mennyiségű információ révén a beteg állapotáról való tájékozódásban, egyben segítve a kezelés hosszú távú tervezésében, a pontos diagnózis felállításában, a hatékony gyógyszerelésben illetve annak hatásának ellenőrzésében.

Ha az ütemezett mérés elmarad, vagy a mért értékek alapján a készülék ezt szükségesnek tartja (az előre megadott határokon kívüli eredmény vagy egy paraméter kedvezőtlen trendje), akkor a beépített SMS funkcióval segítséget tud hívni (orvost és/vagy hozzátartozót). Szakértelem nélkül alkalmazható, a jelenleg alkalmazottnál pontosabb indirekt vérnyomásmérési módszerek tekinthetők, amely a szisztolés és a diasztolés nyomást nem egy pillanatértékkel jellemzi, hanem néhány szív ciklusra átlagot számol. Ezzel a hagyományos indirekt módszereknek a vérnyomás rövid időn belüli ingadozása miatti hibája kiküszöbölhető. A rövid idejű vérnyomás ingadozás mérése és analízise alapján a teljes kardiovaszkuláris rendszerre jellemző paraméter adható. (Jobbágy, 2005)

A tervezett készülék kifejlesztés alatt áll. Egy zalaegerszegi gyár 2006 őszén 10 darab prototípust gyárt le, melynek tesztelése Zalaegerszeg egyik körzetében 10 különböző fokú kardiovaszkuláris betegségben szenvedő betegnél történik önkéntes alapon, törekedve arra, hogy minden korcsoport képviselve legyen mind férfiak, mind nők köréből. A tesztelés lesz a feed-back a készülék jövőbeni felhasználásáról.

A műszer –várható előnyei miatt- a folyamatos megfigyelésre szoruló betegeken kívül később az egészséges emberek számára is hozzáférhető, néhány év múlva esetleg megvásárolható lesz az új, otthon monitorozó termékcsalád.

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK ÉS EREDMÉNYEK

Módszerek

A konzorciumi pályázaton belül a PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központjának munkacsapata a készülék fejlesztésével kapcsolatos tájékoztatást és az igényfelmérést vállalta magára. A mintát egyrészt a Zala Megye egészségügyi intézeteiben dolgozó szakápolók, ápolók és szociális gondozók (103 fő) valamint az idős, beteg, hipertóniában, szív és érrendszeri betegségekben szenvedők, valamilyen szív-műtétre (pacemaker, nyitott szív-műtét és szívkoszorúér tágitás) váró, ún. leendő felhasználók (89 fő) alkották. A vizsgálat időtartama: 2005. február 1–2005. május 22. közötti időszak volt. A 210 kérdőívből 192 volt feldolgozásra alkalmas, ez az igényfelmérő kérdőívek 91%-át jelentette, melyet a továbbiakban (az ábrázolásnál) 100%-nak tekintettünk. A kérdőívek kitöltése önálló és anonim volt. Az egyes kérdéscsoportokban 37-39 nyitott és zárt végű kérdést, alternatív állításokat fogalmaztunk meg, lehetőséget adva azonban az önálló véleményalkotásra is. A kétféle feladatlap tartalma 2/3 részben azonos volt, 1/3-1/3 részben csak az egészségügyi dolgozók illetve csak a felhasználók számára készült.

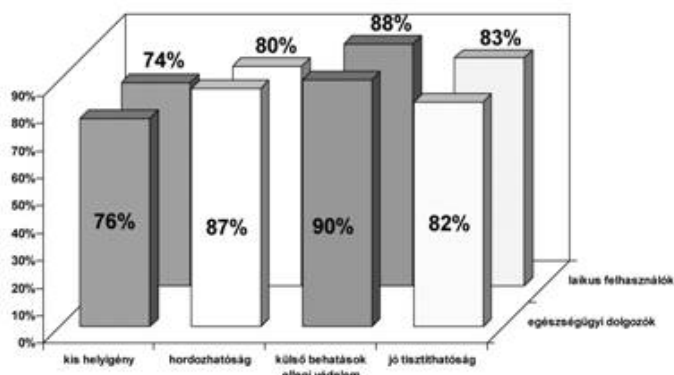
Az igényfelmérő lapok első változatát valamennyi konzorciumi partner véleményezte, így lehetőség kínálkozott a módosító javaslatok figyelembevételére is.

Eredmények

A készülék megjelenésére vonatkozóan 6-os skála alapján lehetett véleményt nyilvánítani (6=nagyon fontos, 1=egyáltalán nem fontos.). A válaszok aránya kiegyenlített, amely az 1. ábra szemléltet. Az első három diagram korrelál egymással, hiszen a kis helyigény feltételezi a hordozhatóságot, az pedig a készülék gyakoribb sérülékenységet is. Nem kérdeztük meg a kérdőív kitöltőitől, hogy miért tartják fontosnak a

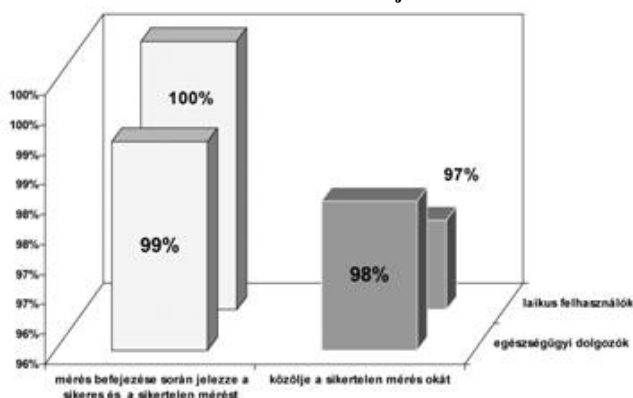
műszer fertőtleníthetőségét. A válaszokból következtetni lehetett arra, amit szóban is megerősítettek a felhasználók, hogy a kéz készülékre helyezése a mérés során fertőtlenítés hiányában valószínűsíti a kórokozók megtelepedését, s egy későbbi, legyengült állapotban történő mérésnél a fertőzés esélyének valószínűségét is növelheti. (1. ábra)

1. ábra: A készülék megjelenése



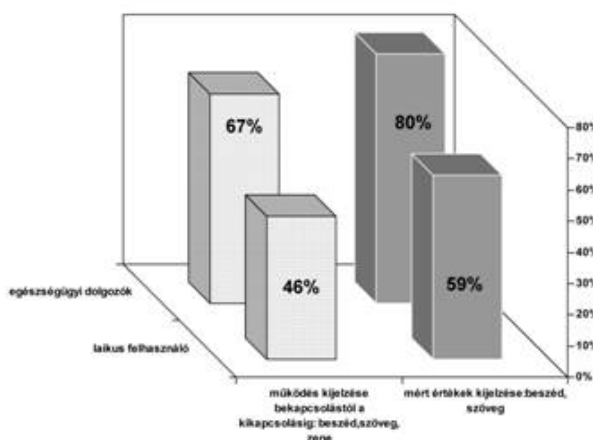
99 illetve 100%-ban javasolták a válaszadók a **készülék visszajelzését a mérés sikerességéről** (2/a. ábra).

2/a ábra: A készülék kijelzése



Egyenlő mértékben igényelnék a sikertelen mérés okának kijelzését is. Jóval kisebb számban, közel 21%-os eltéréssel szeretnék a mért értékek gépbeszéddel, jól látható számértékkel (zenével) történő információadását is (2/b. ábra). Az egészségügyi dolgozókna tudatos volt ez a vélemény alkotás a fogyatékkal élők (látás- és hallássérültek) azonos színvonalú ellátási szándéka miatt. Sérült ember nem volt a megkérdezettek között, de a kérdés feltevése, a vizuális és írott sajtó gyakori híradása a fogyatékkal élőkrol, és az életkor előrehaladásával együtt járó érzékszervi működések gyengülése felhívta a figyelmüket a készülék sokoldalú jelzőfunkciójának igénylésére is. (2.a és 2.b ábra)

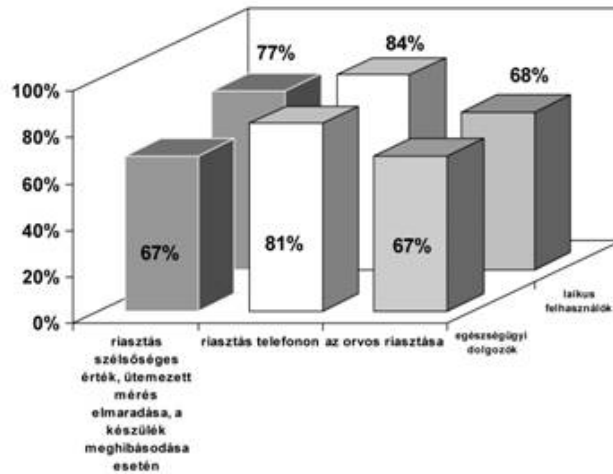
2/b ábra: A készülék funkciója



A készülék nemcsak fiziológiai paraméterek mérésére, rögzítésére alkalmas, hanem a forgalomban lévő műszerektől eltérően **riasztó funkcióra** is képessé tehető. Az egészségügyi dolgozók fogalmazták meg a riasztás szükséges és elégséges feltételeit, s a kérdés is csak az egészségügyi dolgozók kérdőívén szerepelt. Ők 66%-ban a beteg jelzése nélküli kóros paraméterek értékelése esetén tartanák fontosnak a riasztást, és a pontos diagnózis felállításához valamennyi mért paraméterre szükségük lenne.

Mindkét válaszadó csoport több, mint kétharmada igényelné a riasztást a szélsőséges értékek észlelése, az ütemezett mérés elmaradása és a készülék esetleges meghibásodása esetén is. Riasztani minden esetben az orvost kell. Ebben a válaszadók egyet értettek. A felhasználóknál második helyen 64%-kal a családtag riasztásának szükségessége szerepelt. Ezt idős, beteg emberek esetén természetesnek tartjuk. Egy segítő családtag jelenlétében kevésbé érzik kiszolgáltatottnak magukat. Természetesnek tartjuk, hogy az egészségügyi dolgozók ezt a családtag riasztását kevésbé tartják szükségszerűnek. A 47%-os válaszadás is ezt igazolja. (3. ábra)

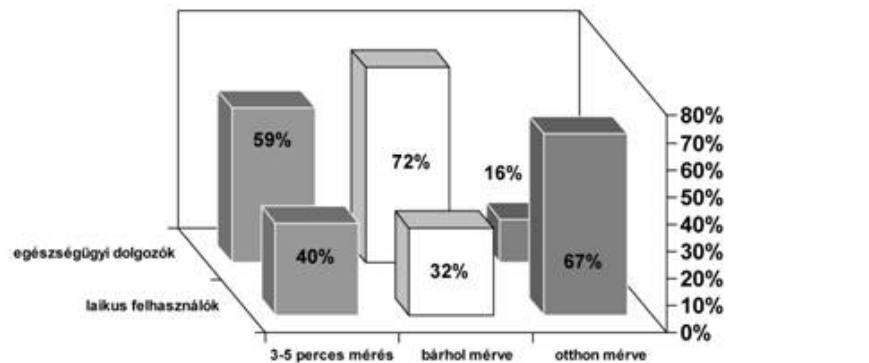
3. ábra: A készülék riasztása



Mind a fejlesztő mérnökök, mind a kérdőív összeállítói fontosnak tartják a **készülék programozhatóságát** is. Ismeretes, hogy a normál élettani paraméterek egyéni eltéréseket mutatnak. Ezért mind a személyre szabhatóság, mind a kliens körjelző értékeinek, a mérés gyakoriságának beállíthatósága igényként merült fel mind a felhasználók, mind az ápolók körében. Megkérdeztük, hogy heti illetve napi hány mérést javasolnának betegeiknek az egészségügyi dolgozók, és mennyit viselnének el a leendő felhasználók. A készülék iránti igényt jelzi, s talán a készülék eladhatóságának mutatója is lehet a válasz. A laikusok 82%-a egészségi állapotának folyamatos követése miatt naponta használná a készüléket. 92%-ukat megnyugtatná az állandó megfigyelés.

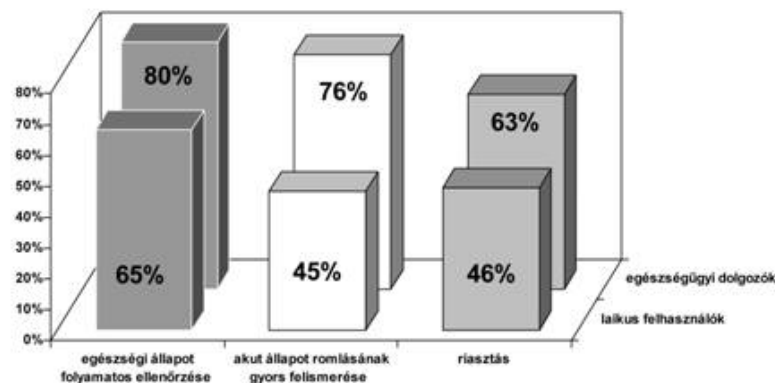
A „hol javasolná a készülék használatát illetve hol használná a műszert” kérdésre az egészségügyi dolgozók 72%-a a „bárhol” lehetőséget jelölte meg. A mérés időtartamát minden megkérdezett (egészségügyi dolgozók 59%-a, felhasználók 40%-a) 3-5 percben határozta meg. (4. ábra)

4. ábra: A mérés időtartalma, helye



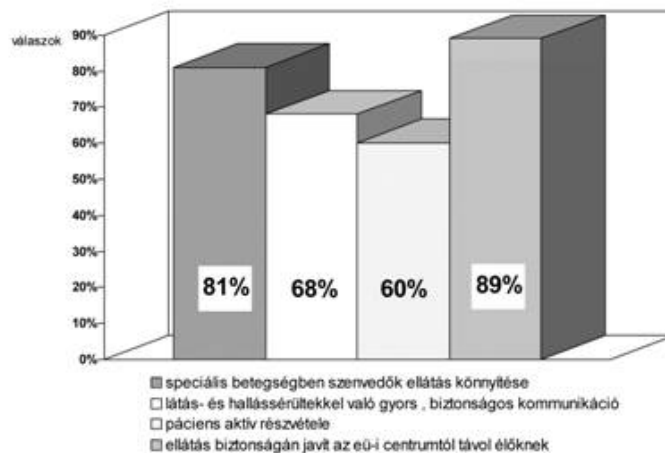
A kérdőívet kitöltők az **egészségi állapot folyamatos ellenőrzésének** lehetőségét várják a készüléktől, továbbá az akut állapot romlásának gyors felismerését és újdonságként a riasztást tartják fontosnak. (5. ábra)

5. ábra: A készülék várható haszna



Az egészségügyi ellátó rendszer sokasodó gondjai mellett az orvos és beteg ritkuló találkozása ellenére az ellátónak és ellátottnak egyaránt biztonságérzetet garantál. Ezen kívül az egészségügyi dolgozók a speciális betegségekben szenvedők ellátásának könnyítését (81%), a készülék változatos jelzőfunkciójával a látás- és hallássérültekkel való gyors, biztonságos kommunikáció lehetőségét (68%) valamint a páciens aktív részvételét a gyógyító folyamatban (60%) üdvözölték leginkább. Állítják, hogy a műszer használata javítana az ellátás biztonságán az egészségügyi centrumoktól távol lakó betegek esetén (89%), akkor, ha a kliens önállóan képes lenne a készülék szakszerű használatára. A felhasználók családtagjaik örökös aggodalmának csökkenését (66%) is fontosnak tartanák. (6. ábra.)

6. ábra: A készülék újszerűsége



Mindkét felmérésben részt vevő csoport nyugdíjból is megvásárolható árat tart elfogadhatónak (20-25.000 Ft). A leendő használat elsősorban a nyugdíjas korosztály tagjai, érthető, hogy a felsorolt árkatóriák közül a legkisebbet jelölték meg. Igaz, hogy a kérdőív összeállítói sem voltak tisztában a valós érték –ár aránnyal. Ha a választási lehetőségek 30-45.000 Ft-nál kezdődtek volna, bizonyára azt tartják elfogadhatónak a válaszadók. Orvosi javaslatra azonban a készülék OEP támogatást is élvezhetne, és itt kell megemlítenünk, hogy az egészségbiztosító támogatása növelné a vásárlási hajlandóságot. (Peterka, 2005)

KÖVETKEZTETÉSEK

A magasvérnyomás betegség kezelésének legfontosabb alapelve a normális vérnyomás elérése, ezáltal a szövődmények és célszerv károsodások megelőzése.

A felmérés alapján a leendő készülék fogadtatása egyértelműen pozitív. Az új készülék alkalmazása olyan előnyöket hordoz mind az orvosok, egészségügyi dolgozók, mind a betegek számára (az egészségi állapot folyamatos ellenőrzésének lehetősége, az egészségügyi intézményektől távol lakó emberek biztonságérzetének növekedése, az állapot romlásának gyors felismerése és a riasztás funkciója) amelyek rövid távon jobb vérnyomáskontrollt, hosszabb távon pedig csökkenő kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást tehetnek lehetővé. Ezzel hozzájárulhatna a magas vérnyomás csökkentését célzó szakmapolitikai tervek megvalósulásához, az általános egészségi állapot javulásához is. (Magyar Közlöny, 2003/38 IV. 16)

Számos nyitott kérdés van még előttünk, mely az otthon monitorozó készülék majdani használatával kapcsolatban tisztázásra vár. Mikor és kit riassson a készülék akut probléma esetén? A háziorvost, a mentőszolgálatot vagy talán a diplomás ápolót? A háziorvosok vajon felvállalják-e a készülék használata által létrejövő plusz feladatokat? A felsőfokú végzettségű ápolók kapnak-e a kompetenciájuknak megfelelő feladatokat az otthoni monitorozó készülék alkalmazása során? Hogyan lehet az ügyeleti szolgáltatást úgy megoldani, hogy az idős, beteg ember éjjel is biztonságban érezze magát? Hol lehet majd alkalmazni a készüléket, csak a városokban vagy a vidéken élők számára is elérhető lesz az új szolgáltatás?

A jelenleg még megválaszolandó kérdéseink épp ezek megoldására kell ösztönözzenek bennünket, és nem szabad, hogy meggátolják az új készülék gyakorlati felhasználását. Az orvos kollegákkal együtt ránk is vár a feladat, hogy a készülék kipróbálása alatt széleskörű vizsgálatokkal tisztázzuk a részleteket, mint például az alapellátásban való felhasználást, és mindazt a többletet, amelyet ez az új eszköz nyújtani tud, és amely a beteg ellátás szakmai színvonalát is emelheti.

JAVASLATOK

Az elmúlt években végbement társadalmi és gazdasági változások, az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés társadalmi kérdéssé válása, az egészségügy struktúrájában és gyakorlatában napjainkban végbemenő gyors ütemű változások, a betegek elvárásainak növekedése, a betegjogok kiszélesedése alapvetően megváltoztatják az ápolók szerepét és helyét az egészségügyi ellátás területén. Az ellátás súlypontja a kórházi ellátás felől a beteg közeli ellátás, az alapellátás irányában tolódik, ami felértékeli az otthoni segítségnyújtást, illetve a szakápolás szerepét és fontosságát. Ennek alapján munkacsapatunk már most néhány javaslatot állított össze, melyek nagymértékben elősegítenék a készülék forgalomba kerülésének módját, alkalmazásának lehetőségeit.

1. Hazánkban is elképzelhetőnek tartjuk Finnországi példa alapján hipertónia ambulanciák létrehozását a háziorvosi rendelők mellett (azzal egy épületben), amit egyetemi végzettségű ápoló vezet és ápoló (korábban: diplomás ápoló) kollegáival együtt végzik a hipertónia-szűrést, kezelt hipertóniások követését, emellett egészségnevelési, életmód-vezetési tevékenységet végeznek a lakosság körében. Természetesen a háziorvos, mint prevenció-orientált esetmenedzser vezetné a csapatot (egyetemi- és diplomás ápolókat, körzeti ápolókat, védőnőket, házi betegápolókat, szociális gondozókat, gyógytor-nászokat) és delegálná a feladatokat az ambulancián dolgozó ápolók számára. (Siket, 2004)

2. A felsőfokú képzettséggel rendelkező ápoló képes - kompetenciájának megfelelően - tünetek, adatok, tények és a környezet észlelésére, azok jelentésére a szakmai felettesének; kapcsolattartásra a betegekkel, hozzátartozókkal és a munkatársakkal; a vészhelyzet felismerésére; kardinális tünetek észlelésére; EKG készítés; nővér hívójelek vételére. (Billoné Jenei Anna, 2002)

Ezért úgy gondoljuk, hogy képesek a magas szakmai ismerettel rendelkező ápolók felvállalni mindazokat a feladatokat, amit az új, otthon monitorozó készülék jelentene: az egyetemi ápoló a készülék által küldött SMS riasztás fogadására, és megfelelő intézkedések végrehajtására (szükség esetén a háziorvos ill. mentőszolgálat értesítése); a főiskolai végzettségű ápoló a készülék használatának betanítására; valamint a páciens megfelelő időpontokban történő látogatása során az általános állapot ellenőrzése mellett a készülék hatékony működésének felügyeletére.

3. Elképzelésünk szerint az új termékcsalád alapkészüléke jelentős szerepet tölthetne be a Magyar Hypertonia Társaság 2005. október 4-től a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében útjára indított „Éljen 140/90 alatt!” program lakosságnak szóló médiakampanyában. A kommunikációs kampány társadalmi célú küldetése, hogy az érintettekben, de a már diagnosztizált és kezelés alatt álló hipertóniás betegekben tudatosítsa:

- a 140/90 Hgmm alatti vérnyomásérték elérésével akár felére is csökkenhet a szövődmények és a halálozás kockázata,
- az érintett betegeknél rendkívül fontos, hogy a rendszeres orvosi ellenőrzés mellett lehetőleg **otthon is mérjék a vérnyomásukat**. (Magyar Hypertonia Társaság, 2005)

Irodalomjegyzék

- Billoné Jenei Anna (2002): Ápolók hatáskörének és jogkörének szabályozása az ápolói kompetencia meghatározásával a Bajai Kórház minőségügyi rendszerében. *Nővér-Melléklet* 15.5.
2. Jobbágy Á. (2005): Egészségi állapot otthon monitorozása. BUDAMED '05 Konferencia Orvosbiológiai és Klinikai Mérnököknek, Budapest (CD lemezen)
3. Kékes E. (1999): Magas vérnyomás a betegek szemszögéből. B+V Lap-és Könyvkiadó Kft. 60-66.
4. Magyar Hypertonia Társaság (2005): A hipertónia-betegség kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei HIPERTÓNIA-Medicus Anonymus különszáma 29-40.
5. Magyar Hypertonia Társaság (2005): Éljen 140/90 alatt. www.hypertension.hu (Megtekintve: 2006.10.11.)
6. Nemzeti Népegészségügyi Program, Magyar Közlöny, 2003/38 (IV. 16)
7. Peterka G, Karamánné Pakai A, Dér A és mtsi (2005): Igényfelmérés Zala Megyében az egészségi állapotot otthon monitorozó készülék kifejlesztéséhez
8. Orvos-és Kórháztechnika XLIII. 5. 137-141.
9. Siket Adrienn(2004): A diplomás ápoló szerepe a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában. *Nővér* 17.1.5-14.
10. Szegedi János, Valikovics Ferenc (2005): A hipertónia epidemiológiája, a szűrés és gondozás jelentősége HIPERTÓNIA-Medicus Anonymus különszáma 3-6

[Vissza a tartalomhoz](#)

ESETISMERTETÉS

Rövid bél szindrómával rendelkező beteg rehabilitációja - esetismertetés

Kovács Ildikó

diplomás ápoló (okleveles ápoló hallgató), Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Intenzív és Aneszteziológiai Osztály, Cegléd

Összefoglaló

A szerző által ismertetett esetben a betegnél mesenterialis trombózis miatt vékony- és vastagbélhalás alakult ki diffúz peritonitis kíséretében. Laparotomia, majd néhány nap után szükségessé vált ismételt laparotomia során bélresectio történt, ezek következményeként a két műtétet követően a beteg kb. 50cm hosszú vékonybéllel és kb. 75cm hosszú vastagbéllel rendelkezett. A beteg szájon keresztüli táplálása az adott helyzetben a rövid bél szakasz miatt nem volt elegendő az életben tartáshoz. Parenterális úton kellett számára biztosítani az életfontosságú tápanyagokat, nyomelemeket, vitaminokat. A tartós parenterális táplálás szükségessége miatt subcutan porth-a-chat beültetése mellett döntöttek.

A szerző bemutatja a posztoperatív időszak legfontosabb eseményeit, az ápolási problémákat, az elért eredményeket, majd a beteg gasztroenterológiai rehabilitációjának egyes szakaszait.

Tekintve a jelentős vékonybélhiány definitív állapotát, továbbiakban a beteg táplálása kizárólag enterális módon nem oldható meg, ezért napjainkig heti egy alkalommal aneszteziológiai ambulancián nyomelemekkel, vitaminokkal kiegészített teljes parenterális táplálásban részesül. A körülményekhez képest jól és boldogan éli mindennapjait kiegyensúlyozott családi környezetben.

37 éves nőbeteg hasi panaszokkal került a ceglédi kórházba. A beteg anamnézisében orális anticoncipiens szedése szerepel 3 hónapja. Akut hasi kórkép klinikai tünetei és az elvégzett vizsgálatok miatt egy napi belgyógyászati megfigyelést követően a sebészeti team laparotomia mellett döntött.

A műtét alkalmával megállapították, hogy mesenterialis trombózis miatt vékony- és vastagbélhalás alakult ki diffúz peritonitis kíséretében. A műtét során a jejunum első másfél méteres szakasza, a bal oldali colon transversum és a további bélszakasz épek bizonyult. A passage biztosítására jejunotransversostoma készítése történt. A műtétet követő két nap után tekintettel az etiológia bizonytalanságára felvetődött, hogy nem lehet a további necrosis sem kizárni, ezért a sebészeti team second look operationt (második sebészeti áttekintést/beavatkozást) javasolt a beteg további túlélésének biztosítására. Az ismételt laparotomia során ismételt elhalást állapítottak meg, mely további bélresectiot tett szükségessé. A két műtétet követően a kliens kb. 50cm hosszú vékonybéllel és kb. 75cm hosszú vastagbéllel rendelkezik.

Mindkét operáció után a beteg intenzív osztályon történő kezelésben részesült a kialakult sepsis, és a teljes parenterális táplálás felépítésének szükségessége miatt. Az intenzív osztályon alkalmazott kezelés hatására a második műtétet követő 6. napon a beteget extubálni lehetett. A passage megindult, gyakran ürített híg, epés székletet. Később láztalanná vált. Szájon át folyadékot (tea), majd rizsnyákot és oligopeptidet tartalmazó enterális tápszert kapott. A hasmenés csökkentése érdekében alkalmazott cseppek hatástalanok voltak. Sebeiből a varratokat az operációt végző orvos eltávolította.

A második műtét utáni 16. napon állapota rosszabbodott. Hydrothorax alakult ki, melyet többszöri mellkaspunkcióval sikerült megszüntetni.

Ismételt légzési elégtelenség lépett fel, és az elkészült mellkasröntgen bronchopneumoniát véleményezett. Septicus állapot alakult ki, melynek hátterében a tenyésztés (hemokultúra) kanüledetet igazolt. Az ismételt gépi lélegeztetés, a célzott antibiotikum terápia hatásosnak bizonyult. A respirátorról való leszoktatás után 8. napon sikeres volt az extubáció. Láztalanná válásával lehetővé vált az antibiotikum abbahagyása. A fokozatos mobilizáció, az ápolás során történő mindennapos segítő beszélgetések mellett állapota napról-napra javult.

Gastroenterológiai konziliárus szerint a beteg szájon keresztül táplálása az adott helyzetben a rövid bél szakasz miatt nem elegendő az életben tartáshoz. Parenterális úton kell megkapnia az életfontosságú tápanyagokat, nyomelemeket, vitaminokat. A tartós parenterális táplálás szükségessége miatt subcutan porth-a-chat beültetését javasolta. A fenti konzílium alapján a beteg az Országos Onkológiai Intézet (OOI) sebészeti osztályára került áthelyezésre a port beültetése céljából. A beavatkozás elvégzése után a beteg ismét a ceglédi kórház intenzív osztályára került vissza. A bal oldali véna subclaviába implantált katéteren keresztül történő parenterális táplálást követően a beteg diszkomfort érzést jelzett, a katéter környéke megduzzadt, így az infúzió további adagolását meg kellett szüntetni. A revízió során a katéter szétcsúszását észlelték. Sebészi feltárás során a katétert újra a porthoz csatlakoztatták szemellenőrzés mellett. Ezután a port 3 napig használható volt, miközben az táplálás megkezdése után a beteg ismétlen port körüli csípő érzést és fájdalmat panaszolt. Az elkészített többirányú mellkasröntgen ismétlen felvetette a port szétcsúszását. A beteget vissza kellett helyezni az OOI sebészeti osztályára katéterrevízió céljából. Táplálása perifériás vénán keresztül történt a port használhatatlansága miatt.

Az OOI általános mellkassebészeti osztályán a beültetett port körüli sebüregből 20ml gyulladós váladék eltávolítására került sor. Tenyésztés alapján elkezdett antibiotikum terápia hatásosnak bizonyult, a beteg láztalanná vált és a sebe reakciómentes lett. A port rendben működött.

A ceglédi kórház intenzív osztályára történő visszahelyezést követően a teljes parenterális táplálás megkezdődött, a továbbiakban rendelkezésére a porttal kapcsolatban nem volt észlelhető.

2 hónapig tartó intenzív osztályon történő kezelés ideje alatt a beteg 74 kg testsúlyából 8 kg-ot veszített. Ez után a Parád-fürdői Állami Kórház gastroenterológiai rehabilitációs osztályán töltött szintén két hónapot, ahol parenterális táplálását fokozatosan leépítették az enterális táplálás bevezetése mellett. A rehabilitáció kezdetén minden másnap kapott „all in one” parenterális infúziót nyomelemekkel, vitaminokkal kiegészítve, rendszeres laboratóriumi kontroll mellett. Majd tovább csökkentették heti három alkalomra a parenterális táplálást, és a kliens a hétvégét otthonában töltötte. Enterális táplálása itt is rizsnyák és gyárilag előállított iható tápszer volt.

A kliens számára nagyon hiányzott az ételek ízének érzékelése, ezért fokozatosan bővítették orális táplálását. Először pépes ételeket fogyasztott továbbra is tápszerekkel kiegészítve, végül étrendjébe bevezetésre kerültek a szilárd ételek is. A hasmenés ellen alkalmazott terápia mellett perisztaltikája csökkent, de hasmenése nem szűnt meg (székletürítései száma napi 4-6 alkalomra csökkent, korábban több volt).

Tekintve a jelentős vékonybélhiány definitív állapotát, a beteg táplálása kizárólag orális/enterális módon nem oldható meg. A parád-fürdői kórházból való távozását követően heti egy alkalommal végeztek kiegészítő parenterális táplálást, ezen kívül szükséges volt a trombózis profilaxis és tápszer kiegészítés (mely kiemelt TB támogatással rendelhető), és a hasmenés elleni gyógyszeres terápiát is folytatni kellett.

A kliens napjainkig előzetes laboratóriumi kontroll mellett heti egy alkalommal nyomelemekkel, vitaminokkal kiegészített teljes parenterális táplálásban részesül a ceglédi aneszteziológiai ambulancián. Mindezek mellett a kliens otthoni diétáját betartja – kerüli a puffasztó, zsíros, fűszeres ételek fogyasztását, káliumban, magnéziumban és fehérjékben gazdag ételeket eszik. Gyógyszereit előírás szerint szedi. Ezen kezelés mellett testsúlyát tartja, sőt hízott 2 kg-ot (jelenleg 68 kg), klinikai laboratóriumi vizsgálati eredményei megfelelőek. Jókedvű, otthoni munkáját elvégzi, de hamar elfárad. (Az Országos Orvosszakértői Bizottság a II. rokkantsági csoportba helyezte.)

2006. április végén a kliens az Országos Gyógyintézeti Központ Haematológiai és Immunológiai Intézetében volt vizsgálaton, ahol mélyvénás trombózis irányába genetikai vizsgálata történt. A vizsgálat nem igazolt olyan öröklődő kockázati tényezőket, amelyek emelik a mélyvénás trombózis kialakulásának kockázatát.

2006. május végén az Országos Hemofília Központban elvégzett vizsgálatok alapján familiáris trombophilia fennállása nem volt igazolható. VIII. és IX. véralvadási faktor, a homocystein- és folsavszint a kiterjedt bél resectio ellenére normális tartományban volt. További rutin és immunológiai laboratóriumi leleteiben említendő eltérés nem volt.

A műtétet és a rehabilitációs kezelést követően a kliensnél egyenlőre semmiféle komolyabb infekció nem alakult ki. Egy alkalommal már előfordult a porth-a-chat körüli bőrpír, de a súlyosabb fertőzés kialakulásának megelőzésére egyszeri kombinált antibiotikum profilaxisban részesült. Otthonában pedig a javasolt konzervatív terápia (jegelés) hatására az elváltozás és a mozgáskor jelentkező válltáji fájdalom megszűnt.

Összességében elmondható, hogy a műtétet követő napokban a sebészeti team szerint a beteg életben maradása bizonytalan volt. A megfelelő parenterális táplálás összeállítása, a kliens állapotának rendszeres nyomon követése, az otthoni diéta betartása valamint az egyén gyógyulásba vetett hite, élni akarása döntően hozzájárultak életben maradásához. Kórházi tartózkodása idején, de még jelenleg is heti rendszerességgel folytatott segítő beszélgetések és az individualizált ápolás eredményeként elfogadta végleges állapotát.

Ennek köszönhetően a fent ismertetett eset szereplője jó egészségnak örvend. A körülményekhez képest boldogan éli mindennapjait kiegyensúlyozott családi környezetben. Elvégzi háztartási munkáját, és ha elfárad, pihenéssel regenerálódik.

[Vissza a tartalomhoz](#)
