

Humánerőforrás-fejlesztés és teljesítménymérés lehetőségei mozgásszervi rehabilitációs osztályon

Vachter Anikó

diplomás ápoló, vezető főnővér, Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet

Bevezetés

Napjaink gyorsan változó egészségügyi rendszerei közepette a vezetők feladata mind a beosztottak, mind pedig az egész szervezet pozitív befolyásolása. Armstrong (1992) megfogalmazása szerint a szervezet célkitűzéseit a legértékesebb erőforrás, a munkaerő segítségével kell elérni. Az egyéni és szervezeti célok megvalósítása érdekében a dolgozóknak elkötelezettnek kell lenniük a szervezet sikere iránt.

A vezetőknek önbizalmat és megbecsülést kell teremteniük mind önmagukban, mind beosztottaikban. A transzformációs vezetési stílus olyan munkahely létrehozását eredményezi, ahol mindenki elkötelezi magát a magas színvonal és a közös fejlődés iránt. A vezető pedig olyan munkahelyi légkört próbál teremteni, ahol a munkának van értelme, tehát inspirálja és motiválja az ott dolgozókat, azokat mintegy „vállalati vagyónként” kell értékelnie (Cockburn 1993).

Az ápolás az egészségügyi ellátás céljainak eléréséhez nélkülözhetetlen tevékenység. Az egészségügyi ellátás rendszerében alkalmazott ellátási típus mindig tükrözi a rendszer filozófiáját, de olyan tényezőktől is függ, mint pl. a szervezeti struktúra, a nővérfelvétel és az ellátandó populáció.

Témaválasztás indoklása

Az egészségügyi szolgáltatók rákényszerülnek arra, hogy folyamatosan monitorozzák költségeiket, melynek jelentős hányadát (60%) teszi ki a dolgozók bére. Osztályunk dolgozói létszáma és ápolói létszáma is magas. Sokan vagyunk? A számérték önmagában nem ad erről tájékoztatást! Milyen feladatok ellátására kell nekünk ez a létszám? Be tudjuk-e bizonyítani, hogy a feladatok ellátásához éppen megfelelő a személyzet. Kell-e változtatnunk a szervezeti struktúrán ahhoz, hogy feladatainkat hatékonyabban tudjuk ellátni? Mindezek a felvetődő kérdések arra ösztönöztek, hogy az osztályunk tekintetében ezekre a kérdésekre választ keresve, a humánerőforrás-menedzsment eszközeivel támogassam az osztály céljainak elérését.

A rehabilitációs szolgáltatás

A Mozcásszervi Rehabilitációs Osztály 1988-ban kezdte el működését, jelenleg 70 ágyon tudja fogadni pácienseit. A rehabilitációs szolgáltatást olyan szakemberek csapata (rehabilitátor, belgyógyász, neuro-pszichológus, gyógytornász, gyógymasszőr, fizioterápiás szakasszisztens, műtősnő, szakápoló, ápolási asszisztens, protetikusan, szociális munkás) végzi, akik különböző szerepekben együtt dolgoznak és minőségi ellátást és szolgáltatást nyújtanak az előre meghatározott rehabilitációs cél elérése érdekében.

A Mozcásszervi Rehabilitációs Osztály betegei az alábbi profilokba tartoznak:

- posttraumás betegek (koponyasérültek, paraparetikusak, paraplégek);
- perifériás érbetegek, különböző amputációk (lábujj, lábszár, lábfej) előtti és utáni állapotban;
- cerebrovasculáris insultuson átesett betegek (hemiplégek, hemiparetikusak).

Az osztály 2 részlegről áll:

- „A” részleg: műtétes részleg, ahol a betegek előkészítése, műtete és a műtét utáni kezelés folyik. Az ápoló fő tevékenységi köre az aseptikus sebellátás, a műtét, a fájdalom illetve a végtag hiánya miatti önellátási képesség segítése részben, vagy egészben.
- „B” részleg: tornás részleg, ahol a betegek önellátási képessége jelentősen csökkent, feladatunk a mozgásterápia és az önellátás tanítása.

Céloom bemutatni azt a folyamatot, hogyan valósulhat meg a transzformációs vezetési stílus segítségével – egy szolgáltatáshoz szükséges – humánerőforrás előteremtése, az elért eredményeket miként hasznosíthatjuk a munkaerő gazdálkodás során.

Hipotéziseim:

- A tudatosan előre tervezett humánerőforrás-gazdálkodással szakmailag fejleszthető az ápolói team.
- Az eredményesen motivált csapat önmagát is tovább motiválja a továbbtanulás terén.
- A jól képzett munkaerő eredményesen bevonható a munkamegosztásba, alkalmas a betegsúlyossági kategóriák alkalmazására.
- Az optimális ápolói létszám számítások felhasználhatóak az elvárt teljesítmény felmérésére.
- Objektív mérőszámok alkalmazása lehetővé teszi az ápolási teljesítmény mérését.

Anyag és módszer

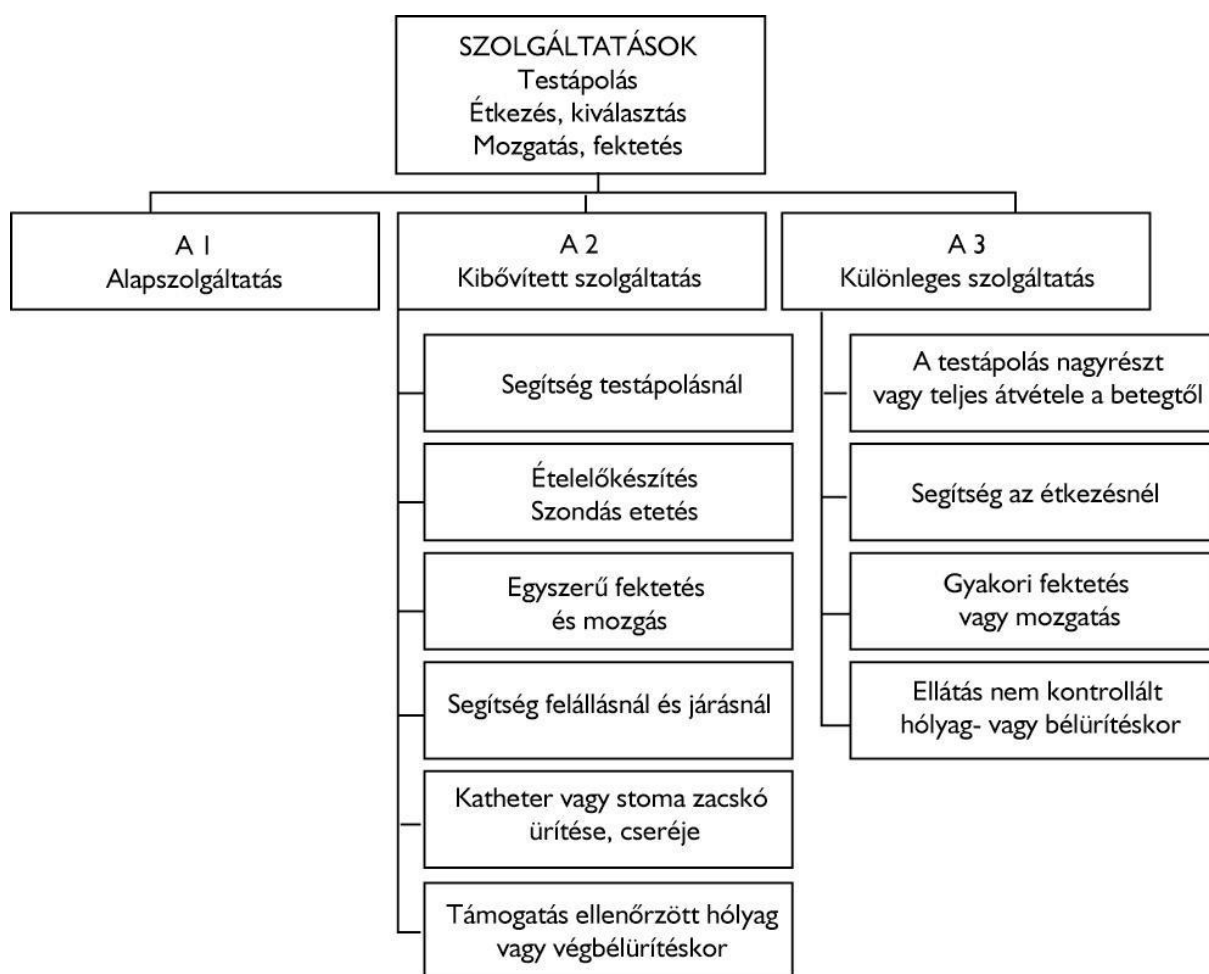
Módszer

1. felmérés: Emberi erőforrás kondíciók megítélése: a jelenlegi személyzeti tevékenységek felmérése.
2. elemzés: A munkát végző közalkalmazottak és munkakörök jellemzőinek elemzése.

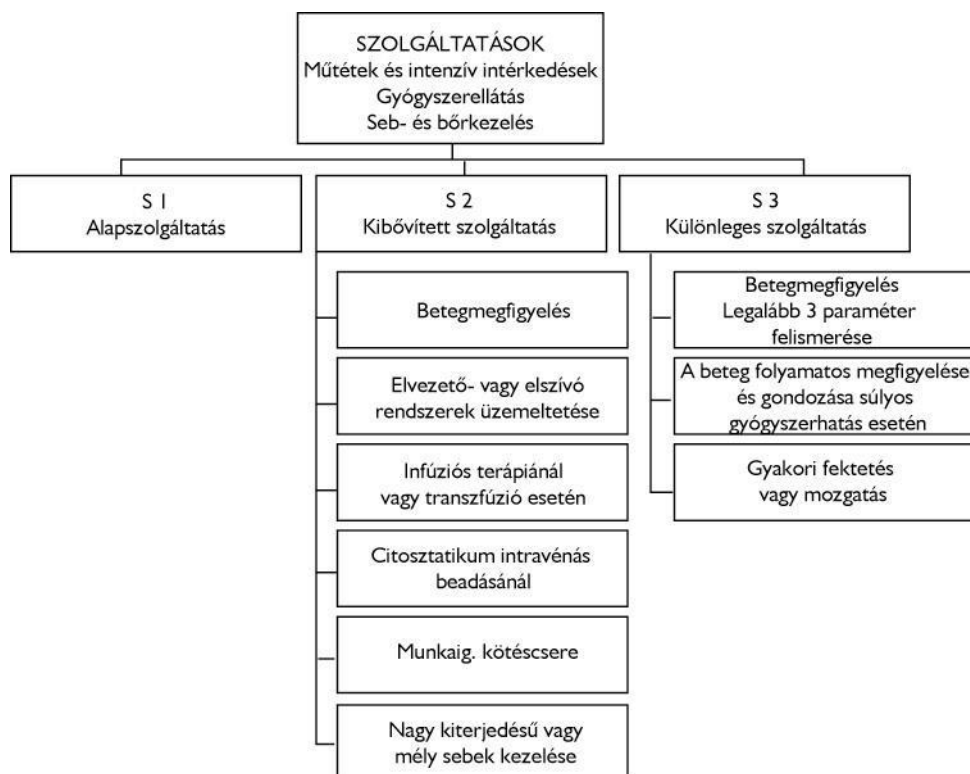
A létszám-igény meghatározáshoz különböző objektív módszerek állnak rendelkezésünkre, amelyek statisztikai adatokon és azok elemzésén alapulnak.

Az alábbi felmérésben az optimális ápolói-létszám számítást használok fel a ténylegesen elvégzett ápolói munkateljesítmény felméréséhez, elemzéséhez és összehasonlíthatóvá tételéhez.

A témakörrel kapcsolatosan az NSZK-ban 1993-ban bevezetett betegsúlyossági kategória szerinti létszám megállapítási modell nyerte meg a tetszésemet. Magyarországon több intézetben alkalmazták már a beteganyag monitorozására, a személyzeti igény felmérésére. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben profilunknak megfelelő körülmények között évekkel ezelőtt megtörtént a felmérés. (1.,2. melléklet)



1. melléklet – Besorolási jellemzők az ápolási fokozatokhoz. Általános ápolás



2. melléklet – Besorolási jellemzők az ápolási fokozatokhoz. Speciális ápolás

A mérés alapstruktúrája

A betegápolást két területre osztja: általános és speciális ápolásra. Az általános azokat a szolgáltatásokat öleli fel, amelyeket a betegek különböző rászorultsága alapján nyújtanak, a speciális pedig azokat, amelyek a diagnosztikából és terápiából adódnak.

Mindkét területen belül 3 ápolási fokozat található: alapszolgáltatások, bővített szolgáltatások és speciális szolgáltatások.

Anyag:

- A kinevezések (szerződések) átsorolások elemzése a munkaügyi archívumban.
- Éves jelentések elemzése a szakdolgozói létszámról és a beiskolázási igényről.
- Statisztikakészítés az ápolói átlagéletkorról.

Eredmények és értékelésük

1. Humánerőforrás-elemzés osztályunkon

Vezető főnővérként 1995-től dolgozom az osztályon. Két részlegre 29 nővér-állással rendelkezünk. A kezdeti időszakban a meglévő létszámhiányt a szakképzetlen dolgozók aránya súlyosbította. Túlórával csak a kisméretű létszámhiány oldható meg, amikor hónapokon keresztül 6 fő hiányzik a rendszerből, ez az út nem járható, hiszen a még meglévő dolgozók kifáradásához és pályaelhagyásához vezethet.

Az ápolók átlagéletkora 1995-ben 24,3 év volt. Szembesülni kellett azzal a problémával, hogy a fiatalok számára anyagilag vonzóbb és perspektivikusabb munkahelyek kezdtek megjelenni a piacgazdaságban.

Az ápolás-szakmai munkát csapatmunkában tudtuk ellátni. Egy-egy részlegen a részlegvezető volt a munkacsoport vezetője.

A kíváncsatos változtatások megvalósításához legfontosabbnak a megfelelő emberek kiválasztását tartottam, akikre számíthattam a további munkám során. A személyek kiválasztása előtt elemeztem a szakirodalom által javasolt kérdéseket: Kinek lenne ez jó erőpróba? Ki tanulna a legtöbbet? Érdemes–

e kiképezni valakit rá, erősítené-e a csoport munkáját? Milyen speciális képességekre van szükség hozzá? Kiben vannak meg ezek? (Ernst 1992)

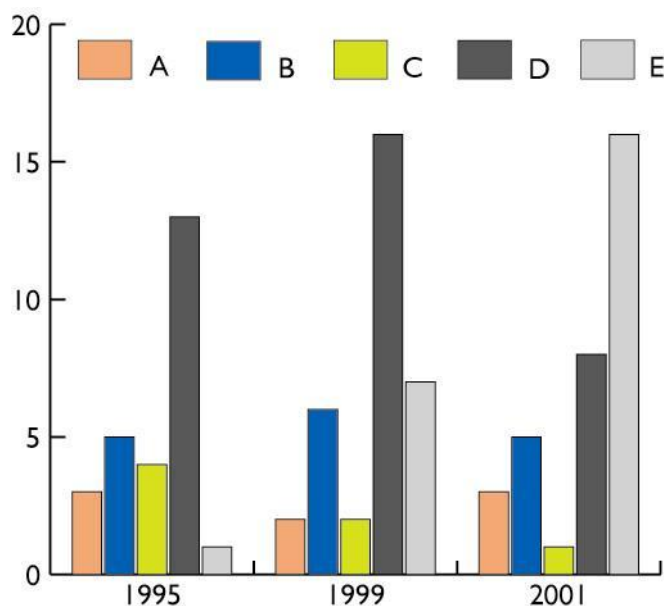
A kulcsemberek beiskolázása közben belekezdtem a munkaerő-toborzásba és a munkaerő csábításba. Sajnos az utóbbi az osztályunkon folyó munka nehézségi foka miatt kevésbé járt sikerrel. Az újonnan végzettek toborzása sikeresnek mondható, hiszen a fluktuációt és a létszámhiányt is sikerült ezáltal lefednünk, s maradt időnk a régi dolgozók folyamatos felzárkóztatására (érettségi megszerzése, felnőtt szakápolói, majd a HÍD képzés elvégzése). Jelenleg 30 nővér-állással rendelkezünk.

Elemezve évekre visszamenően a létszám ingadozások okát, megállapítható volt, hogy a fiatal nővérek szinte szezonálitást is mutatva (nyáron) 2-3 éves ciklusban férjhezmenetelük utáni évben gyermeket szülnek, s egyszerre többen is kiesnek évekre a munkából. A GYES után pedig nem szívesen vállalnak „műszakolást”, mert a kisgyermekes bölcsődébe/óvodába szállítását nem tudják megoldani. Feltétlenül szükség volt a munkaerő toborzás során hangsúlyozni a műszakrendet, s a már családostan szakdolgozók felvételét szorgalmazni. Ezzel a koncepcióval 2001-re a szakdolgozók átlagéletkora 31 évre emelkedett.

A kulcsemberek végzettségük megszerzése után önmaguk is hirdették, milyen fontos a szakmai kvalifikáltság, hiszen látták, nem tudnak megfelelni a részlegvezetői kihívásnak, ha beosztottaiknál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

A képzésben elért eredményeinket a közalkalmazotti kategóriák szerinti besorolás alapján az 1. ábra szemlélteti.

Az ábra elemzéséből kitűnik, hogy a magasan képzettek aránya az elmúlt években jelentősen emelkedett.



1. ábra – Közalkalmazotti kategóriák szerinti besorolás

A szakmai képzettség megszerzése közben is növekedett a dolgozók közötti kohézió, hiszen együtt jártak a képzésekre. A közös tanulás, vizsgázás hatásait magunkon is tapasztalhattuk.

A hatékony csoportokat az erős összetartás jellemzi, ahol a tagok igen nagy hatással vannak egymásra és az ún. csoportgondolkodás jelenségéhez vezet, mely a csoportértékek különleges összhangját jelenti. A csoport fejlődési fázisának pontos azonosítása segíthet az ápolásvezetőnek a csoportban előforduló problémák hatékony kezelésében.

Az ápolásvezető az egyéni és a szervezeti célok elérése érdekében felelős a formális és a nem formális csoportok koordinálásáért.

Az alkalmazottak teljesítményét a szervezeten kívüli, külső magánéleti problémák is befolyásolhatják. A vezető felelőssége akkor kezdődik, ha ezek a gondok már negatív hatással vannak a dolgozó munkájára, munkahelyi kapcsolataira. Amennyiben a dolgozó teljesítménye romlik, vagy

balesetek, gyakori hibák, magatartás problémák jelentkeznek, közbe kell avatkozni. Ez csak a segítő szándék hangsúlyozásával történhet és a beszélgetés témája a munka és a teljesítményromlás lehet.

A felmérések hatására tett lépéseink

Munkamegosztás kidolgozása és bevezetése

Az eredményes munkamegosztáshoz pontosan ismerni kell az elvégzendő feladatokat és a csoport egyes tagjainak motivációit. Az elvégzendő feladatokhoz delegálni kell a jogköröket is (a munkaköri leírások kiegészítésével, módosításával) míg a felelősség a vezetőnél marad. A munkamegosztáshoz kockázat is tartozik, ha azonban a beosztottnak alkalma van gyakorolni, „kipróbálnia magát”, szakértelme hamarosan fejlődni kezd. Az új feladatok adásával megalapozható a fiatal beosztott szakértelme, gyakorlata (Leann 1997).

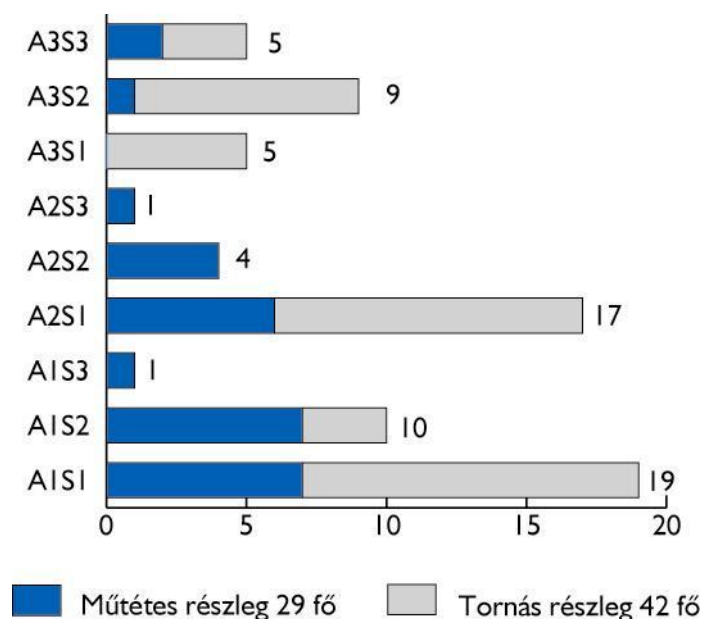
A szakképzett munkaerő megtartása

A támogató, sikerélményt adó és önállóságra nevelő munkahelyi légkör mellett a legfontosabbnak tartjuk a kiegészítő szindróma megelőzését.

- részvételi lehetőség biztosítása kreditpont-szerző továbbképzéseken
- pihenőnapok kapcsolt kiadása (lehetőség legyen több napig otthon maradni)
- a részlegek szakdolgozóit fél évente forgatjuk másik részlegre, hogy szakmailag más profilban is tevékenykedhessenek
- az ápolók fizikai terhelésének lehetséges csökkentése (betegemelés oktatása, eszközök beszerzése, időszakos alkalmassági vizsgálatok).

A beteg-súlyossági kategóriák alkalmazásának elméleti anyagát úgy dolgoztam fel, hogy részlegvezetőim számára gyorsan elsajátítható legyen és a kategóriák közötti különbségeket átlássák.

Adott napon, amikor az ágykihasználtság 100%-os volt, a részlegvezetőkkel közösen felmértük az osztály betegeinek (71 fő) állapotát.



2. ábra – A betegek súlyossági szintjeinek megoszlása részlegenkénti bontásban

A felméréssel igazolódott, hogy az ápolási feladatok strukturáltsága eltér a két részlegen: Az „A” részlegen inkább a speciális ápolási, míg a „B” részlegen az általános ápolási feladatok (higiénés szükségletek, felültetés, kiültetés, inkontinens beteg ellátása, decubitus prevenció, segédkezés az étkezésben, táplálkozásban) a mérvadóak.

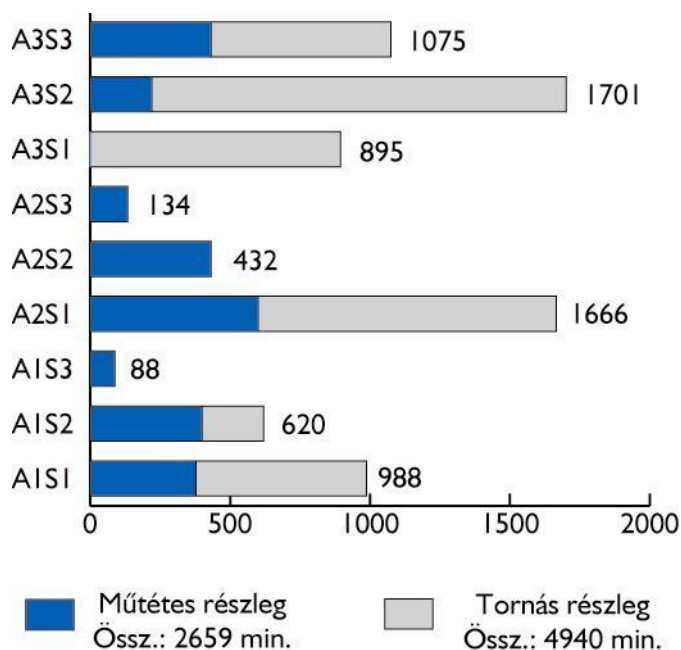
A tornás „B” részleg nővérei igen jelentős fizikai munkát végeznek nap mint nap, aminek mutatója a deréktáji fájdalom is a fiatal személyzetnél.

A 9 kategória használata precízebb, mint az általunk használt Norton-skála, használata a munkatáblázat kialakításával viszont nem lett bonyolultabb. A reggeli ápolói vizit után, amelyen az osztályátadás történik a műszakok között, a részlegvezető elkészíti a kórterem-beosztást, és azt írásban rögzíti. Ezt a dokumentációt használtam fel annak elemzésére, hogy melyik nővérre milyen súlyosságú beteganyag jutott a kórterem beosztás szerint.

A különböző súlyossági szintekhez számított időértékek a következők:

A1S1 = 52 perc	A2S1 = 98 perc	A3S1 = 179 perc
A1S2 = 62 perc	A2S2 = 108 perc	A3S2 = 189 perc
A1S3 = 88 perc	A2S3 = 134 perc	A3S3 = 215 perc

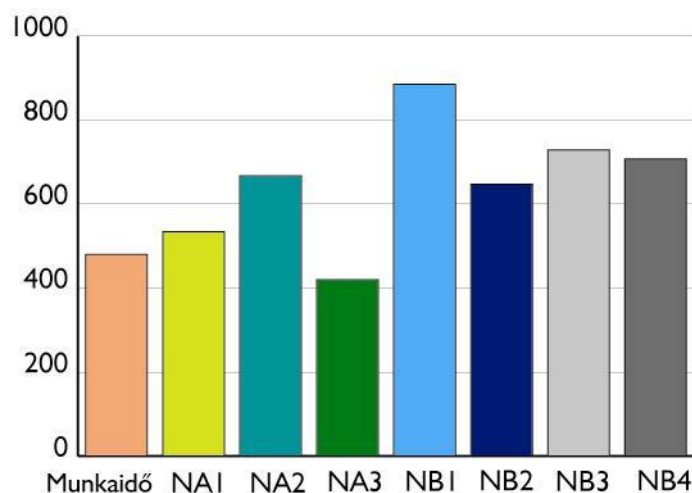
Ezek alapján felmértük az osztályon fekvő betegek ápolási percérték szükségletét súlyossági kategóriákra és részlegekre lebontva. (3. ábra)



3. ábra – Ápolási percérték-szükséglet súlyossági kategóriák és részlegek szerint

Majd elemeztük a munkaidőn belül „teljesítendő” ápolási perc-értékeket a megadott sarokszámok alapján – nővérenkénti teljesítményre lebontva (4. ábra).

Mint az elemzésből kiderül, az ápolók oly mértékben túlterheltek a súlyos beteganyag miatt, hogy az alapvető szükségletek ellátása sem fér bele a munkaidejükbe. Egy amerikai felmérés feltárta, hogy az ápolók betegeiket és betegeik biztonságát előbbre helyezik saját személyes és szakmai szükségleteiknél. Sok válaszadó jelezte, hogy kihagyja az étkezéseket és a szüneteket, hogy elláthassa betegeit; óriási nyomást érez, hogy elvégezze munkáját; nyomásnak van kitéve, hogy önként túlórázzon.



4. ábra – Teljesítendő ápolási percérték nővérenkénti teljesítményre lebontva

Az egyenlőtlen munkamegosztás különösen azon a feldolgozáson látszik, amely kimutatja, hogy a munkaidő hány százalékát kellene teljesítenie a dolgozónak ahhoz, hogy a német percértékek alapján feladatait teljesítse (5. ábra).

A felméréssel olyan viszonyszámokat sikerült kapnunk, amellyel összehasonlíthatóvá vált az adott időpontban szolgáltatást teljesítők terheltsége illetve a tőlük elvárt teljesítmény. Különösen figyelemfelkeltő, hogy a hagyományos kórterem beosztás milyen egyenlőtlen terheltséget okoz.

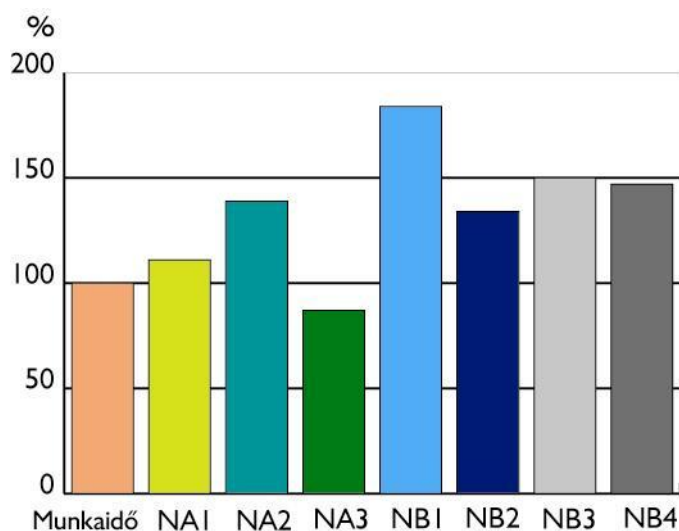
A felmérés kivitelezése, valamint a felmérés elemzése a részlegvezetőkkel történt, hogy a kapott adatok alapján a mindennapokban is képesek legyenek átlátni, illetve megszervezni a részlegek nővéri munkáját.

A felmérés felveti a létjogosultságát az osztályon belüli, és nem a részlegen belüli munkaerő elosztásnak.

Összefoglalás

A humán-erőforrás folyamatos biztosításának egy szolgáltatáshoz, az esetünkben szereplő osztályon tervszerű folyamatként kell működnie. A munkaerő gazdálkodást pedig elősegítheti a fentiekben ismertetett pontrendszer alkalmazása.

A betegellátás kategorizált szintjeiből is kiderül, hogy nem kell minden feladathoz magasan képzett ápoló. A jól képzett ápoló képessé tehető arra, hogy irányítása mellett az általános ápoló és/vagy ápolási asszisztensek képzettségüknek megfelelően általános ápolási szintű feladatokat lássanak el.



5. ábra – A német percértékek alapján a feladatok teljesítéséhez szükséges munkaidő (%)

A felmérés eredményeképpen változtattunk a részlegek ápolói struktúráján. Az A és B közalkalmazotti besorolású dolgozók főleg az általános ápolási feladatokat ellátó részlegen dolgoznak, illetve ők képezik az osztályos nővérbank alapját, amelyből segítséget tudunk adni a műtétes részlegre, ha a távollévők száma azt indokolja.

A szakma jövője, a betegellátás minősége és az egészségügy életképessége azon áll vagy bukik, hogy van-e elegendő hivatásos ápoló, akik meg akarnak felelni a kihívásnak, rengeteg időt, energiát és munkát kell fordítaniuk arra, hogy alkalmassá tegyék önmagukat a feladatra (Strasen 1997).

Az Amerikai Ápolási Egyesület elnöke szerint az egészségügyi ellátó intézményekben az ellátás minősége csak úgy javítható, ha előbb javítják az ápolók munkakörülményeit. Felmerült az is, hogy az egészségügyi intézmények dolgozzanak ki és alkalmazzanak érvényes és megbízható eszközöket a biztonságos és jó minőségű egészségügyi ellátás nyújtásához szükséges ápolói személyzet megfelelő szintjének és összetételének a kiszámításához (Medscape Wire 2001).

Az egészségügyben meghonosodó költség-hatékony gyakorlat egyik népszerű és jól használható módszere a benchmarking, amely lehetővé teszi majd, hogy saját kereteinkből kilépve más – hasonló profilú – szolgáltatókkal hasonlítsuk össze magunkat, továbbléptetve szervezetünket a teljesítményfejlesztés felé (Gulácsi 2001).

Valljuk, hogy a humánerőforrás-menedzsmenttel ki tudjuk alakítani a jövőképet, s ha olyan munkatársakat gyűjtünk magunk köré, akik osztoznak jövőképünkben, akkor később meg is tudjuk azt valósítani.

Irodalom

1. Ernst & Young: A menedzser kézikönyve. Park 1992
2. John Ovretveit: Minőségyszemlélet az egészségügyben. Medicina 1999
3. Komárominé Raniák Ilona: Az ápolók fizikai terhelése és ennek következményei. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001. február
4. Laenn L. Strasen: Az ápolói hivatás imázsa. Medicina 1997
5. Ludván Miklósné. Új paradigmák és az ápolásvezetés új feladatai a magyar egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001. február
6. Maureen P. Sullivan: Ápolásvezetés és ápolásszervezés. Medicina 2000
7. Dr Gulácsi László: A tudományos alapú költség-hatékony gyakorlat kialakítása. Nővér, 2001. 14. 3.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Egy Amyotrophias Lateralisclerosisban (ALS) szenvedő, otthonában gépi lélegeztetett beteg ápolásának nehézségei

Lovasi Orsolya

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, Ideggyógyászati Osztály

A jelen közlemény amyotrophias lateralsclerosisban (ALS) szenvedő beteg otthoni ápolásának nehézségeit mutatja be. Ismerteti az ALS betegség fogalmát, előfordulási gyakoriságát, kezelését és a lehetséges ápolási feladatokat. Az esettanulmány ismertetése kiterjed a diagnózis felállítás nehézségeire, otthoni ápolást előkészítő feltételekre, tevékenységekre. Vázolja a szakápolás során felmerülő nehézségeket, mint pl. a sterilítási, fertőtlenítési problémákat, az oxigénpalack cseréjének menetét a beteg otthonában, és elemzi költséghatékonyaságot, szembeállítva a kórházi költségekkel.

Mit nevezünk ALS-nek?

Az amyotrophiás lateralsclerosis (ALS) progresszív, neurodegeneratív betegség, amely az agyban és a gerincvelőben levő központi és perifériás motoros idegsejteket támadja meg és pusztítja el. A betegség következtében az izmok központi idegrendszer által irányított akaratlagos mozgásai kivitelezhetetlenné válnak. Előfordulási aránya a magyar felnőtt lakosság körében 1-2/100 000, férfiak közt azonban gyakoribb betegség. Általában 40-70 év között jelentkezik, az átlagos túlélési idő 2-3 év. Tíz évet a betegek 10%-a, 20 évnél többet csak 5%-uk él meg.

Az ALS-nak 2 formáját írták le:

- A: sporadikus, ez a gyakoribb (95%)
- B: familiáris (5%).

A familiáris forma jobb indulatú, fiatalabb korban kezdődik, lassúbb progressziójú. Átlagosan 9 évvel előbb kezdődik, mint a sporadikus forma. A tényleges ok máig ismeretlen, több elméletet dolgoztak ki a betegség igazolására. A betegség oka hazánkban valószínű, hogy nem belső, hanem külső okokra vezethető vissza. Ugyanakkor toxikus hatások, hiánybetegségek, traumás, vascularis vagy allergiás okok nem voltak kimutathatók.

Diagnózis: jellemző, hogy későbbi stádiumokban fedezik fel. (CT, MR), a kimutatás leghatékonyabb eszköze az EMG (elektromyographia), amivel legjobban fedezhető fel az a specifikus elektromos mintázat, amely az ALS-re jellemző.

Tünetek: nyolc stádiumot különítenek el, melyet 3 nagy csoportra osztanak. Az első csoport a diagnózissal való megbirkózás fázisait (1-2) a második csoport a progresszió fázisait (3-6), az utolsó csoport a halál közvetlen közelének fázisait (7-8) foglalja magába. A panaszok a kéz ujjainak gyengeségével kezdődnek, amik főként írásnál és a gombolásnál jelentkeznek. Fokozatosan kezdődik a kézfej és csontozatának sorvadása, amely előrehalad a vállöv felé. Gyakran jelentkezik alsó végtagi gyengeség is, főleg lépcsőn járáskor. Az izmokban kötöttség, merevség alakul ki. A végső stádiumban a nyelv is sorvad, nyelés és beszédzavar jelentkezik, a beszéd elmosódottá válik, a törzs és légző izmok sorvadnak.

A terápia lehetőségei: hatékony terápia a mai napig nem létezik. A ma alkalmazott terápia nagy részét a beteg későbbi stádiumokra felkészítse jelenti, valamint a különböző tünetek és szövödmények enyhítése. Az egyetlen, szájon át adható gyógyszer a Rilutek. Ennek adása is csak lassítja a betegség lefolyását.

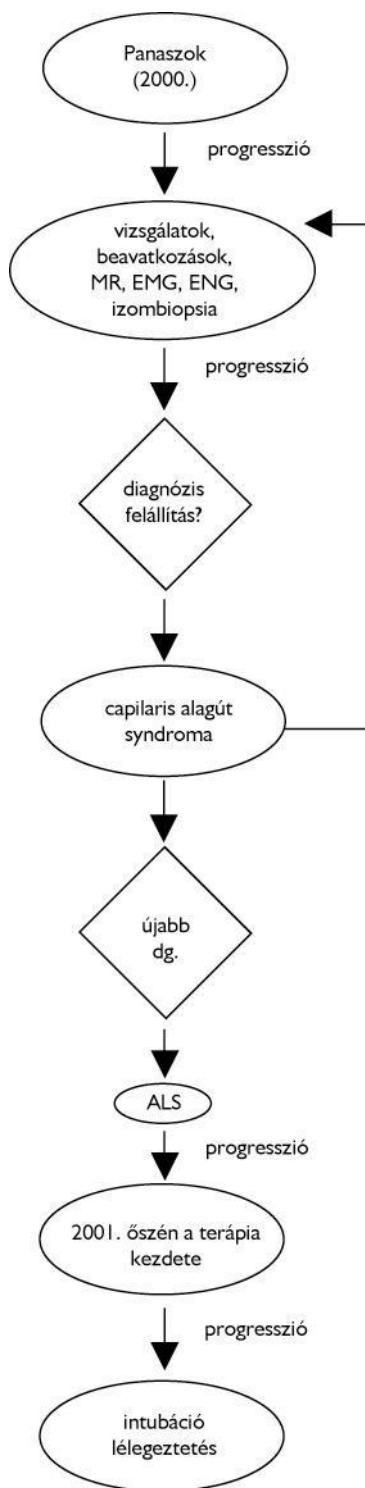
Kezelési lehetőségek:

1. A mozgás segítése különféle segédeszközökkel, pl. tolókocsi, speciális cipők. A torna nagyon hatékony az önállóság minél további fenntartásában és csökkenti az izomgyengeséget és görcsöket is.
2. A beszéd javítása logopédussal.
3. Az étkezés segítése. Ha a rágó és nyelő izmok már érintettek, hangsúlyt kell fektetni az étel minőségére. Legjobban a félkemény ételek adhatók. Mivel a beteg már saját nyálát is nehezen tudja lenyelni, ezért gyakori az aspiráció. Ezért fontos, hogy az étel előkészítéséhez turmixgépet használjunk. Végső esetben a súlyvesztés és kiszáradás miatt szondatáplálásra szorul a beteg.
4. Az alvásproblémák enyhítése kritikus, tekintettel arra, hogy a görcsök és a légzési nehézség miatt a beteg alvása szakaszos, éjszaka gyakran felébred, nappal pedig fáradt, gyakori a fejfájás.
5. A vér oxigén szintjének ellenőrzését a végső stádiumban a beteg intubációjának eldöntéséhez és a lélegeztetés megkezdéséhez végezzük.
6. Kiemelkedő szerepe van a betegek pszichés támogatásának, amelyben a lelkeszek, egyházi képviselők szerepe sem elhanyagolható, mivel segítik a beteget és hozzátartozóját a betegség feldolgozásában.

A továbbiakban egy egyedülálló esetet ismertetek. Ezen keresztül lehetőség nyílik több olyan probléma bemutatására, amelyek ismertetése tanulságos lehet más, nem közvetlenül ezen a területen tevékenykedő szakemberek számára is.

H. Gy. 68 éves férfit, aki ALS-ban szenved, és gépi lélegeztetésre szorul. A beteg panaszai 2000-ben kezdődtek derékfájdalmakkal, majd jobb kezén ujjai erőtlenné váltak és az ujjak közti

izomzat elsorvadt. Az előzetesen elvégzett vizsgálatok a jobb alkaron a környéki ideg kompresszióját okozó alagút szindrómát valószínűsítettek. MR vizsgálatra jegyezték elő a beteget, a cervicalis eredet kizárása céljából. A betegség eközben folyamatosan fejlődött ki (alsó végtagzsibbadás, járásképtelenség). Egy évvel később, 2001 őszén EMG (elektromyographia) vizsgálat és izombiopsia történt, ami ALS-t igazolt. A panaszok tovább romlottak, testszerte fascikuláció, légzési, nyelési nehezítettség jelentkezett. Végül a légzési elégtelenség következtében intubálni és lélegeztetni kellett. Később tracheostomát képeztek, lélegeztetése azóta is folyamatos. A diagnózis felállításának menetét az 1. ábra mutatja.



1. ábra – A diagnózis felállítás rövid menete

Az otthoni ápolás feltételeinek megteremtése

A diagnózis biztos felállítása után, a jelentős állapotromlás miatt több alkalommal neurológiai osztályon folytatták a beteg kezelését, kialakult tüdőgyulladása miatt áthelyezték a tüdőosztályra. Az itt tett látogatás során világossá vált, hogy az otthoni szakápolást csak szervezett team-munkával tudjuk biztosítani.

Az első és legfőbb feladat a beteg és családjának felkészítése volt. Alapfeltételként fogalmaztuk meg, hogy a betegnek legyenek olyan családtagjai, akik az intézeti ellátás során megtaníthatók az otthoni ápolásra és ezt a nap 24 órájában vállalják. A tüdőosztály ápolóitól azt kértük, hogy lehetőség szerint vonják be az ápolásba betegünk feleségét, akinek lehetővé tették az egész napos kórházi tartózkodást. Az aneszteziológus orvos vállalta, hogy rendszeresen látogatja a beteget, és a háziorvossal, illetve az otthonápolási teammel is kapcsolatot tart. A feltételek összefoglalóját az 1. táblázat ismerteti.

- az ápolásra alkalmas családtagok
- családtagok előzetes oktatása
- aneszteziológus orvos
- koordináló háziorvos
- otthonápoló team
- betegkörnyezet kialakítása
- beteg ellátáshoz szükséges eszközök beszerzése

1. táblázat – Az otthoni ápolás előfeltételei

A beteg fogadásához szükség volt az otthoni környezet megfelelő kialakítására, amihez szakmai segítséget nyújtottunk. A szoba átalakításával, a bútorok átrendezésével vártuk betegünket. Kórházunk jelképes összeg fejében rendelkezésre bocsátott egy jó állapotban levő ágyat, ami megkönnyítette az ápolást és a beteg kényelmes elhelyezését. A motoros szívó, leszívó katéterek (180 db / 6 hó), inkontinencia termékek, az oxigénpalackok és reduktorok OEP támogatással, receptre felírhatók, ezekért térítési díjat kellett fizetni. A naponta cserélendő filterek nem TB támogatottak, ennek teljes költségét a családnak kellett átvállalni. Ezen felül a következő eszközöket kellett beszerezni:

- AD matrac motoros pumpával;
- betétes kanül a cserékhez;
- Ambu ballon;
- kötszerek;
- ápolási eszközök;
- ágynemű;
- egyéb gondozási segédeszközök, szerek.

A lélegeztető gépet a pécsi klinika bocsátotta a beteg rendelkezésére. A beteg fogadásához szükséges előzetes kiadásokat a 2. táblázat foglalja össze.

ESZKÖZÖK	KÖLTSÉGEK (Ft.)
AD matrac és pumpa	68 000
Motoros szívó1	2 000
O ₂ palack és reduktorok	
Letéti díj	65 154
Filter (30db/hó)	17 100
Frottier nem gyűrődő sztreccs lepedők és gumilepedő	12 000
Betétes kanül	40 800
Ambu ballon	15 000

Gézpólya, Filmulin	3 000
Medi-Flur, Sol. Betadine, Neogranormon, testápolószerek	3 000
Fóliakesztyű, olló, bőrfertőtlenítő, Neomagnol tabl.	5 000
Összesen	241 054

2. táblázat – Az előzetes kiadások összefoglalása

A szakápolás során felmerülő problémák

Az elmúlt 5-6 hónap során naponta kellett a családnak és az ápolóknak is számos problémával megküzdeni. A gondozást a családdal együtt végeztük, kezdetben mindent elmagyaráztunk, együtt tanultuk meg a főbb gondozási feladatokat. A folyamatos ellátás érdekében segítő kapcsolatot kellett kialakítani más szakemberekkel is, így pl. a gyógyszerésszel, a gyógyászati segédeszköz bolt vezetőjével.

Ki kell térjünk a pszichés gondozás nehézségeire is, hiszen olyan betegről van szó, akinek tudata tiszta, pontosan tudja, miben áll betegsége, és hogy sorstársai átlagosan 3 évig éltek. A család és a beteg részéről is igen erős igény jelentkezett arra, hogy más, ebben a betegségben szenvedő, de még kevésbé előrehaladott állapotú betegekkel megismerkedjenek. Úgy gondolták, segíteni tudnák őket már megszerzett tapasztalataikkal. Betegünk lélegeztetéséhez a gép is egy elhunyt sorstársé volt.

A napi gondok közül csak a legfontosabb néhányat emeljük ki.

1. Sterilitás: a lélegeztető gép csövei, a kanül betétek sterilizálásának biztosítása.
2. Veszélyes hulladékkezelés: az elszállításról sikerült gondoskodni.
3. Leszívó katéter fertőtlenítés: mivel 6 hónapra csak 180 db katéter jár, ezért a család kényszerül megvásárolni az ezen felüli igényt a forgalmazó cégtől, támogatás nélkül. A sajnos gyakori bakteriális felülfertőződés miatt több katétert használtunk. Ilyenkor minden leszívásnál cseréltünk, hogy a baktériumokat ne vigyük vissza a légutakba. Ebből következően fertőtleníteni igyekeztünk a katéterek egy részét, hogy a beteg igényeit kielégítsük. A „házi” fertőtlenítés lehetőségét is ki kellett alakítani, és biztosítani, hogy a fertőtlenített leszívókat 24 órán belül felhasználjuk.
4. Az oxigénpalack cseréje meghatározott napokon történt. Legelső alkalommal ezért a szolgáltatásért bérleti díjat kellett fizetni. A lélegeztető gép paramétereinek beállítását és a kanül betét cseréjét az aneszteziológus végzi. Az oxigénpalack cseréjének menetét megtanítottuk a családnak. Draeger típusú lélegeztető gépet használunk, SIMV módban. A gépi lélegeztetés miatt időszakos vérvételekre van szükség. A PHA és astrup ellenőrzés eredményét a háziorvos a gépet beállító aneszteziológussal konzultálja meg.
5. Anyagi nehézségek: amíg a beteg kórházban volt, az ápolás és ellátás a család számára térítésmentesen zajlott. A beteg otthonba kerülését követően a költségek jelentősen megemelkedtek. A család megemelkedett költségeinek enyhítésére levélben kért segítséget a Megyei Egészségbiztosító Pénztártól arra való hivatkozással, hogy otthoni légkörben, nem a kórház „terhére” akarják ápolni hozzátartozójukat. Egy egyszeri támogatást kaptak, ami a havi költségek töredékét képezi, melyet a teljesség igénye nélkül jól mutat a 3. táblázat. Ebben az összegben nem szerepelnek az akut módon felmerülő problémák költségei, mint pl. gyógyszerek (antibiotikum, fülcsepp). Emellett a család rezsiköltsége is jelentősen megemelkedett, így a telefonszámla, vízdíj, villanyszámla. A fenntartási költségeket a 4. táblázat mutatja.

Nehezen meghatározható többletkiadást jelentett, hogy a család igényt tartott további szakemberekre, például szakorvosi látogatás, éjszakai felügyeletet vállaló ápoló. Az előzőekben vázoltakkal össze lehet hasonlítani a kórházi kezelés során keletkező költségeket, amelyekből a gyógyszer költség 98 490.- forint/hó, az ápolási költségek 156 000.- forint/hó (kontrolling adatok). Jó látható a két ápolás/gondozási forma közötti különbség.

ESZKÖZÖK	ÁR Ft.)
Baktérium szűrő	17 100
Leszívó katéter	4 000
Házisegítség nyújtás	16 896
Medi fleur	4 800
Neogranormon kenőcs	3 168
Fólia kesztyű	3 800
Tápszer	2 400
Desztillált víz	1 310
Filmulin	2 800
Neomagnol tabletta	1 946
Gyógyszerek, injekciók	11 432
Hideg fertőtlenítő	5 000
Pelenka	1 500
Összesen:	54 720

3. táblázat – Felmerülő havi kiadások

TÉTELEK	ÖSSZEG (Ft.)
Telefon	12 000
Gázdíj	6 664
Szemét szállítás eszélyes hulladék nélkül	1 609
Áram	3 745
Vízdíj	10 000
Összesen:	34.018

4. táblázat – Havi fenntartási költségek

Következtetés

Annak ellenére, hogy számos anyagi és szakmai akadály merült fel, betegünk szakápolása során jelentkező problémák nagy részét sikerült megoldani. Jó kapcsolatot alakítottunk ki a családdal és minden szakmai résztvevővel, így lehetőségünk volt összehangolt team-munkában dolgozni. A beteg állapotát stabilizáltuk és fenntartottuk, a szakápolást folyamatossá tettük, azonban az ápolás során felmerülő anyagi nehézségeket nem tudtuk áthidalni.

A beteg gondozása során világossá vált, hogy korszerű, folyamatos otthoni szakápolás biztosítását csak kiemelt anyagi adottságokkal rendelkező család engedheti meg. Ezek a költségek ugyanakkor a kórházi kezelés költségeinek kevesebb, mint felét teszik ki. Adódik a kérdés: „Mi lenne, ha?”. Mi lenne, ha a család nem tudna, vagy nem akarna ennyi pénzt, időt, energiát szánni hozzátartozója ápolására? Mi lenne, ha a beteg osztályról-osztályra, kórházról-kórházra vándorolna?

A jelen esetismertetésből is kiderül, hogy a súlyos, krónikus betegségben szenvedők, akiknek állapotában javulás már nem várható, gyakran maradnak magukra. Magukra maradnak a költségekkel, a pszichés terhekkkel, az ápolási nehézségekkel, és a kiszolgáltatottsággal, hiszen jól tudják, hogy az utolsó hónapokat élik meg.

Ápolási-gondozási szempontból az ilyen betegségben szenvedő betegek otthoni szakápolásának megoldása a lehető legemberségesebb, legkorszerűbb felfogás követését jelenti, különösen, ha a család és a beteg is ezt választaná. Ha figyelembe vesszük, hogy a beteg otthoni fogadásához szükséges költségekkel együttesen is jóval alacsonyabb költségeken, hatékonyabban lehet az állapotában folyamatosan romló beteg gondozását elvégezni, érthetetlen, hogy a finanszírozó miért nem támogatja a jelentős összegeket megtakarító, a beteg és a család számára is humánusabb otthoni gondozás elősegítését?

Irodalom

1. Horányi, J. (1962). Neurológia. Budapest: Medicina, 266-270.
2. Amyotrophiás Lateral Sclerosis. Epidemiológiai adatok, Baranya megyei incidenciája elemzése. (1989). Ideggyógyászati Szemle, 42, 123-125.
3. Éber kómás betegek otthoni ápolása. (2001). Nővér, 14, 6, 4-5.
4. Szirmai, I. (1992). Gyakorlati Neurológia. Budapest: Tertia.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Csípőtáji törött betegek ápolása és teendők szövegműveletek esetén

Kiss Krisztina
diplomás ápoló

Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, Baleseti Sebészet, Debrecen

1. Probléma ismertetése

Századunkban az emberek átlagos életkora jelentősen megnőtt az egészségkultúra terjedése, az orvostudomány és a gyógyszeripar fejlődése következtében. Mivel egyre többen érik meg az idős kort, így gyakoribbá válnak az idős korra jellemző betegségek. Ezek közé tartozik az osteoporosis, amely bizonyítottan összefüggésben áll a csípőtáji törésekkel.

A csípőtáji törések kiemelt jelentőségét az igen magas, és évről-évre növekvő számarányuk és a csípőtáji törés következtében jelentkező magas mortalitás, továbbá az egyén, a környezete és az egészségügyi ellátás szintjén jelentkező súlyos következmények adják. Az egyén és környezete számára az életminőség változása és a fogyatékoságmentes évek megrövidülése, míg az egészségügy számára a magas költségek és a teljes körű rehabilitáció megoldatlansága okoz gondot.

A hosszabb életűség új kihívást jelent a „fenntartható egészség” és a „fenntartható aktivitás” szükségleteinek és igényének kielégítésében

A téma fontosságát jelzi, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a 2000-2010 közötti időszakot „A Csont és Izület Évtizedének” nyilvánította. A program céljai között szerepel a mozgásszervi betegek számának csökkentése 10%-kal, a hazai lakosság csontsűrűség értékeinek javulása 5%-kal, a csonttritkulás következtében kialakuló törések, pl. csípőtáji törések megelőzésének fejlesztése, a mozgásszervi preventív szemlélet széleskörű elterjesztése.

„Nem csak életet kívánunk az éveknél, hanem egészségben aktív életet, minél hosszabb ideig.”

2. Használt fogalmak

Csonttörés (fractura):

A csont folytonosságának megszakadása a csonttörés.

Pathológiás törések:

Ha a törések minimális, inadekvát erőbehatásra következnek be. A csont kollagén és ásványi tartalma meghatározza annak szilárdságát. Bármely betegség, amely ezen komponenseket megváltoztatja, egyben csökkenti a csont szilárdságát, és kóros csonttörésre hajlamosít. Ezek a betegségek lehetnek metabolicus eredetűek: osteogenesis imperfecta, scorbut, osteo-malacia, osteoporosis, hyperparathyreosis.

Combcsont anatómiája és vérrellátása:

A combcsont (femur) az emberi test leghosszabb csöves csontja, amit izmok vesznek körül. Proximalis epiphysisén gömb alakú fej (caput femoris) helyezkedik el, ami egy teljes gömbfelszín 2/3-át teszi ki. A fejet a nyak (collum femoris) kapcsolja a csont testéhez.

A nyak a testtel 125 fokos szöget zár be. A test és a nyak határán két nagy gumó látható, lateralisán a nagytompor (trochanter major), hátul- medial felé a kistompor (trochanter minor). A két tompor elöl és hátul egy-egy csonttaréj köti össze, amelyeken izmok és szalagok rögzülnek.

A végtagot ellátó nagyerek és idegek a femurtól medialisán és ventralisan futnak. Az ezen a területen keletkezett törés extraarticularis, ezért nem sérülnek a combfejet ellátó, ízületi tok felől futó erek. A fejnecrosis ezért ezeknél a töréseknél (perthrochan-tericus és subtrochantericus törés) csak ritkán várható.

Csípőtáji törések:

A csípőtáji törésekhez soroljuk a combnyak, a pertrochanter, subtrochanter femurtöréseket és a tomportöréseket. Ezek az idős betegek életét veszélyeztető sérülések, mert a kezelés és/vagy a rehabilitáció elégtelensége esetén tartósan ágyban fekvő ember a szövődmények (pneumonia, urosepsis, decubitus, trombosis, embolia, cardiális elégtelenség) áldozatául esik, amelyek igen komoly egészségügyi, gazdasági, szociális problémát okoznak. A törések kb. 90%-a osteoporosis miatt következnek be

Osteoporosis (csonttritkulás):

Az osteoporosis olyan csontanyagcsere- betegség, amelynek lényege a csontszövet mennyiségének megfogyása anélkül, hogy a megmaradt csont minőségileg eltérne a normálistól, tehát a csontszövet minden alkotóeleme arányosan megkevesbedik. Ennek következtében a csont mikroarchitektúrája megváltozik, a csont meggyengül, egyre kevésbé tud ellenállni még a minimális erőhatásokkal szemben is, a törési hajlam fokozott.

Combnyaktörés- Fractura colli femoris:

A combnyaktörés típusos időskori sérülés, fiatal korban a gyakorisága csekély. Amíg a skandináv országban a combnyaktörés incidenciája a pertrochantericus töréshez viszonyítva 3:2, hazánkban fordított az arány 2:3 a pertrochanter törés javára.

Per- és subtrochantericus femurtörés: (fractura pertrochanterica femoris, fractura subtrochanterica femoris)

Az intertrochantericus tájék törése a combnyaktörésnél gyakoribb. A trochantertájon áthatoló töréseket nevezzük pertrochantericus törésnek. A csípőtáji törések közül azokat, amelyeknél a törés meghatározott része a tomporokat összekötő vonal alá esik subtrochantericus törésnek nevezzük. Rendszerint a tomporok is külön-külön kitörnek, ezért sokszor egyszerűen per- és subtrochanter törés megnevezéssel illetjük őket.

A pertrochantericus törés jó gyógyhajlamú, kivételes az álizület és a fejnecrosis. A metastasisok praedilectio helye lévén, patológiás törése relatíve gyakori. Nőknél kétszer gyakoribb, mint férfiaknál. Az átlagéletkor 70-75 év felett van.

A subtrochantericus törés sokkal rosszabb indulatú sérülés. Technikailag az egyik legnehezebben ellátható törés, a kistomporral rendszerint kitört medialis fal miatt erősen instabil. A nem gyógyult törések (elnyúlt csontgyógyulás és álizület) aránya 15-20%.

Immobilitás:

Immobilitásról akkor beszélünk, ha a beteg nem képes önállóan helyet vagy helyzetet változtatni. Hatásai szisztémások és funkcionálisak, valamennyi szervrendszert érintik. Immobilitás során testi és szellemi változások jönnek létre, ezek azonnaliak vagy fokozatosan kialakulók. Minél nagyobb a mozgásképtelenség mértéke és időtartama, annál súlyosabbak következményei.

Immobilitás szövődményei:

– Tüdőgyulladás – Pneumonia:

A pneumóniák a tüdőparenchyma gyulladásos megbetegedései, melynek következtében az alveolusok exsudátummal telnek meg. A pneumonia a 2.-3. leggyakoribb nosocomiális fertőzés (13-18%), az osztály profiljától függően. Az idős betegek mintegy 80%-át kórházba kell fektetni a pneumónia megfelelő kezelése érdekében. Az időskori pneumónia gyógyulása 1-2 hét helyett 3-4 hetet vesz igénybe. A halálos végű pneumóniák 70%-ban időskorban fordulnak elő.

– Decubitus:

A tartós nyomásnak kitett testfelületen kialakult szövetelhalás. A szövetkárosodás „centripetális” irányú, azaz kívülről befelé halad.

– Thrombosis:

A mélyvénás thrombosis illetve a thromboemboliás megbetegedések előfordulásában különösen veszélyeztetettek a sebészeti-traumatológiai betegek, akiknél az ún. expozíciós rizikó (műtét, hosszabb immobilizáció, jelentős vérvesztés stb.) nem ritka esetekben predispozíciós veszélyeztetettséggel párosul (szerzett, veleszületett thrombophilia). Ma már egyértelműen bizonyított, hogy megfelelő eljárásokkal a thromboemboliás kockázat számottevően csökkenhet, így a fokozottan veszélyeztetett betegcsoportokban vagy több kisebb kockázat együttes fennállása esetén kötelező a thrombosis prophylaxis.

– Székrekedés (obstipatio):

Az egészséges embernek kialakult székelési ritmusa van, naponta-másnaponta ugyanazon napszakban ürít székletet. Ha ez a kialakult ritmus úgy változik meg, hogy ritkábban vagy csak beavatkozásra van székletürítés, székrekedésről beszélünk. A székrekedés nem betegség, hanem tünet, a belek működészavarának vagy organikus betegségének a következménye.

A megszokott székletürítés elmaradása panaszokkal jár – haspuffadás, étvágytalanság, fejfájás, széklet kemény, rögzös, nehezen ürül – skybalum.

Nosocomiális fertőzés:

Nosocomiális fertőzések mindazok a fertőzések manifesztációi, amelyeket a beteg vagy egészséges egyén a betegellátás, illetőleg általában egészségügyi tevékenység nyomán, következtében szenved el

– Húgyúti fertőzés

Húgyúti fertőzésnek azokat az infekciókat tekintjük, melyek a húgycsővet, a húgyhólyagot, a húgyvezetékét, a vesét ill. a húgyúti traktus járulékos részeit – prostata, urethrális mirigyeket érinti. A húgyúti fertőzés nemcsak azért fontos, mert gyakori, hanem mert a baktériumok vagy a bakteriális bomlástermékek bejuthatnak a vérbe. Ez által vesekárosodást, sepsist okozhat.

A húgyúti infekciók a leggyakrabban előforduló nosocomiális fertőzések, traumatológiai betegeknél az összes kórházi fertőzés 17-33%-át teszik ki.

A nőknél a fertőzés gyakoribb, a rövid urethra és a könnyen fertőzhető helyen lévő húgycsőnyílás miatt, a bakteriuria minden évtizeddel kb. 1-1%-kal emelkedik. Így a szexuálisan aktív nők mintegy 2-4%-a, míg idősebb nők 8-10%-a bakteriuriás.

– Posztoperatív sebgyógyulás

Műteti beavatkozások után a betegek legkevesebb 4%-ánál alakul ki sebfertőzés, az összes nosocomiális infekciónak ez 15-28%-a. A sebfertőzések általában megkétszerezik a posztoperatív kórházi tartózkodás idejét, jelentősen megnövelve a költségeket.

Fokozott kockázati tényezőt jelent sebfertőzés szempontjából az időskor, obesitas, a diabetes mellitus, az alultápláltság, az alacsony serum albuminszint. Bármilyen a műtét körüli időben fennálló infekció (pl. húgyúti fertőzés) szintén rizikófaktoroként szerepel.

A műtét előtti kórházi tartózkodás ideje fontos tényező a későbbi fertőzések kialakulása szempontjából, ugyanis minél hosszabb időt tölt a beteg egy kórházi osztályon, annál nagyobb az esélye, hogy fertőződik a későbbi nosocomiális fertőzést okozó multirezisztens baktériumtörzsekkel.

A posztoperatív sebgyógyulások megelőzésében fontos szerepe van a preoperatív kórházi tartózkodás minimalizálásának, a fennálló kóros állapotok (diabetes mellitus, obesitas, alacsony serum albuminszint) rendezésének, a lehetséges fertőző gócok felkutatásának és megszüntetésének. A műtét időtartamának a lehető legrövidebbre korlátozásával, kíméletes sebészeti technika alkalmazásával, varrófonalak és az implantátumok célszerű kiválasztásával csökkenthető a posztoperatív sebgyógyulások kialakulásának valószínűsége. Az asepsis és antisepsis szabályainak maradéktalan betartása, műtét előtti megfelelő időben adott antibiotikum prophylaxis nagyon fontos a megelőzésben

Mozgásterápia:

Manapság a csípőtáji törések túlnyomó részét operatívén látják el, mozgásstabil vagy terhelésstabil osteosynthesissal, így a mozgásterápia rögtön a szívódrain eltávolítása után megkezdhető. A mozgásterápia azonnali megkezdése alapvetően fontos, hiszen a csont regenerációs ingere a terhelés, az izomzaté a kontrakció, az ín é a feszülés. A korai szövődmények (decubitus, pneumónia, thrombosis) kialakulása is megelőzhető a korai mozgásterápiával.

3. Vizsgálat célja

A csípőtáji törések előfordulásának aránya, nemek szerinti megoszlása és a kórházi tartózkodás alatt kialakuló szövődmények előfordulásának a nagysága és jellemző fajtájának meghatározása. Az ápoló személyzet fontos szerepe az életminőség megtartásában, a szövődmények megelőzésében ill. a már kialakult szövődmények gyógyításában. Idős kor életminőségének, emberi méltóságának biztosítása minőségi ápolással.

4. Vizsgálat módszere

- Elemeztem a dokumentumokat (kórlapok, lázlapok, ápolási lapok)
- Megfigyelés alapján információkat nyertem a betegek állapotának változásáról, közérzetükről, szükségletükről.
- Feldolgoztam a Kórházhygiénés Osztály adatait.
- Konzultáltam a kezelő orvosokkal, ápolókkal.
- Részt vettem a beavatkozásokban, ezek közül is nagyobb gondot fordítottam a hólyagkatéterezésekre és a posztoperatív sebkötözésekre.

5. Vizsgálat helye és ideje

Kenézy Gyula Kórház és Rendelő Intézet Debrecen, 2001. év

6. Vizsgálati minta

A Kenézy Gyula Kórház Baleseti Sebészet „A” részlegén 2001 évben feküdt csípőtáji törött betegek. Traumatológia Osztályon 2001 évben 6567 beteg feküdt, ebből 534 beteg (8,14%) szenvedett csípőtáji törést.

Minta nagysága (n)

Kutatásom az „A” részleg csípőtáji törött betegeire terjedt ki, ami 127 beteget (n) érint.

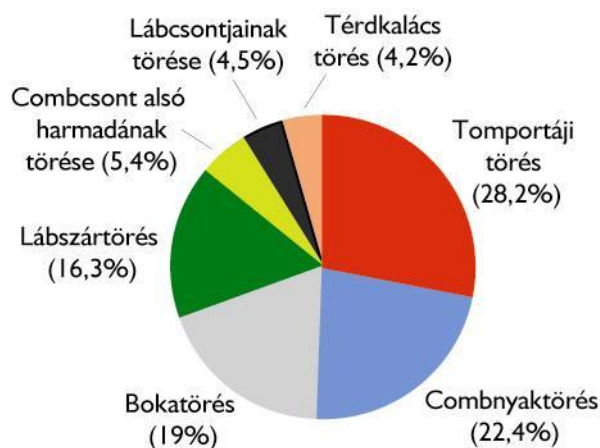
Ez 58 combnyaktörést és 69 tomportáji törést – ezen belül 60 pertrochanter törött beteg és 9 subtrochanter törött beteg- szenvedett beteget jelent.

7. Hipotéziseim

- Feltételezéseim szerint a csípőtáji törések idős korban fordulnak elő, túlnyomórészt nőknél.
- A csípőtáji törött betegek műtét utáni leggyakoribb szövődménye a felfekvés (decubitus).
- A tomportáji törések esetén a szövődmények előfordulásának a száma magasabb

8. Vizsgálat elemzése

A traumatológiai osztályon 2001 évben 534 beteg feküdt csípőtáji töréssel. Az alsó végtagi törések 28,2%-a tomportáji törés (pertrochantericus és subtrochantericus törés), 22,4%- a combnyaktörés.

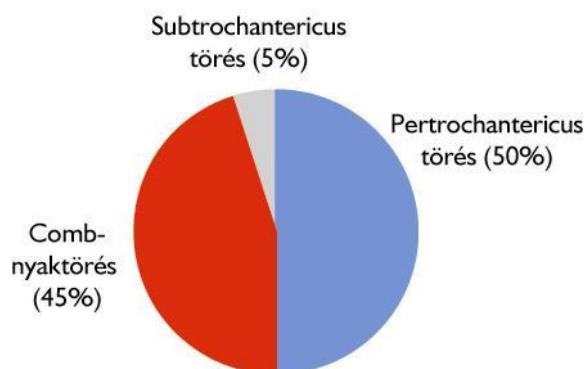


1. ábra – Alsó végtagi törések megoszlása 2001

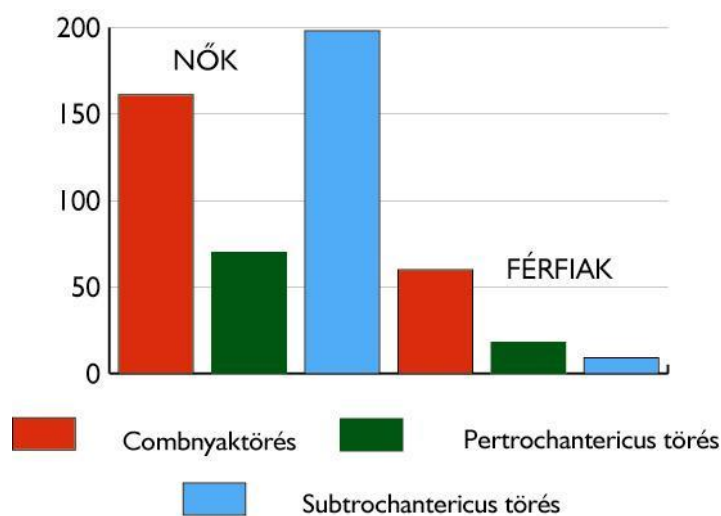
A csípőtáji törött betegek közül 240 beteg szenvedett combnyaktörést, ebből 161 nő (67%) és 79 férfi (33%) beteg volt.

Pertrochantericus törést 267 beteg szenvedett, ebből 198 nő (74,2%) és 69 (25,8%) férfi.

Subtrochantericus törött betegek száma 27, mely 18 nő (66,6%) és 9 férfi (33,3%) beteget jelent.



2. ábra – Csípőtáji törések megoszlása 2001



3. ábra – Csípőtáji törések nemek szerinti megoszlása

Kutatásomban kitértem a csípőtáji törés és az idős kor közötti összefüggés vizsgálatára:

Nők életkora: 18 – 98 éves

Férfiak életkora: 9 – 94 éves

A combnyaktörött nők átlagéletkora: 64,4 év

A pertrochanter törött nők átlagéletkora: 76,48 év

A subtrochanter törött nők átlagéletkora: 68,05 év

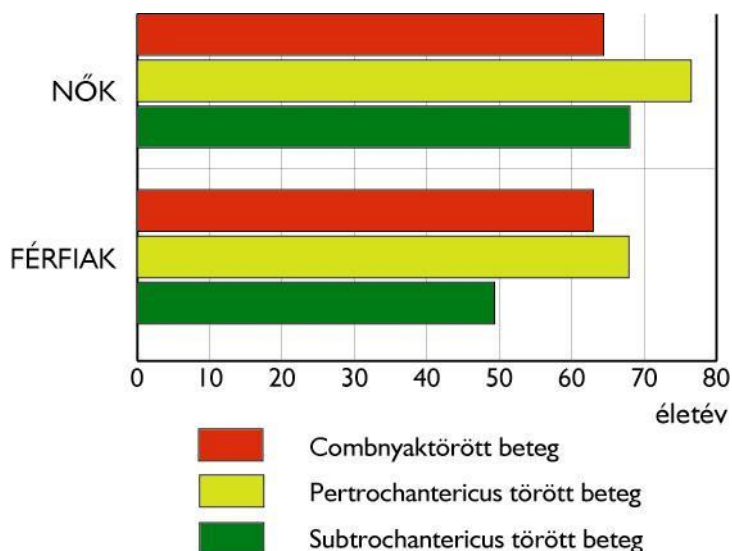
Nők átlagéletkora: 69,64 év

A combnyaktörött férfiak átlagéletkora: 62,9 év

A pertrochanter törött férfiak átlagéletkora: 67,88 év

A subtrochanter törött férfiak átlagéletkora: 49,33.

Férfiak átlagéletkora: 60,03 év



4. ábra – Csípőtáji törött betegek átlagéletkora

Szakirodalmi tények, kórházunk vizsgálata és a saját vizsgálatom eredményeinek összehasonlítása:

Szakirodalmi tények:

A kórházakban szerzett fertőzések túlnyomó többségét, 80-90%-át az alábbi fertőzések teszik ki.

Húgyúti fertőzések: (kb. 40%)

Pneumóniák: (kb. 18%)

Műtéti sebfertőzések: (kb. 17%)

Sepsisek: kb. 7-8%)

Bőr- és légyszisztérfertőzések: (kb. 5-6%)

Kórházi vizsgálat alapján:

Osztályunkon 1996-ban végzett kutatás. Eredményei (96 igazolt esetből):

Postoperatív sebfertőzés: (45%)

Húgyúti fertőzés: (37%)

Decubitus: (10%)

Légúti infekciók: (4%)

Saját vizsgálatom alapján:

Combnyaktörés esetén: (58 beteg)

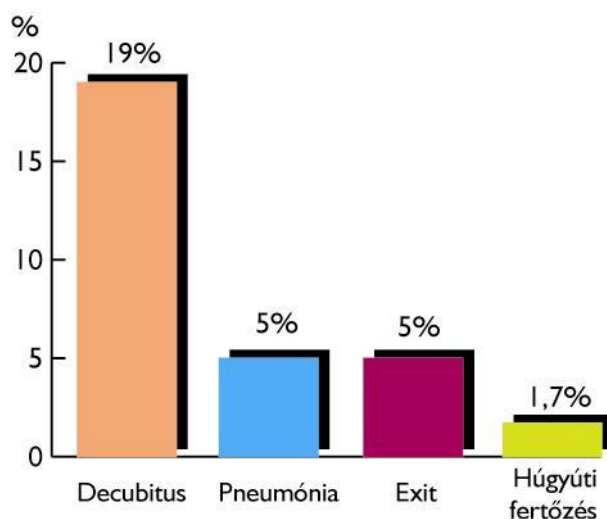
Székrekedés: (kb. 80%)

Decubitus: (19%)

Pneumónia: (5%)

Exit: (5%)

Húgyúti fertőzés: (1,7%)



5. ábra – Combnyaktörés szövődményeinek százalékos megoszlása

Tomportáji törés esetén: (69 beteg)

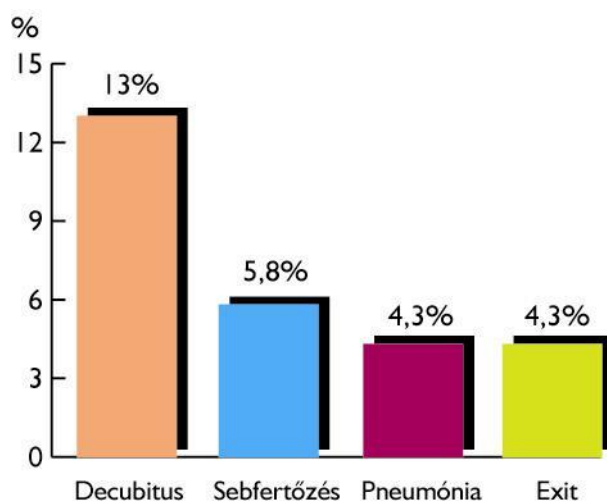
Székrekedés: (kb. 80%)

Decubitus: (13%)

Pneumónia: (4,3%)

Exit:(4,3%)

Postoperatív sebfertőzés: (5,8%)



6. ábra – Tomportáji törés szövődményeinek százalékos megoszlása

9. Vizsgálat eredménye

A csípőtáji törések jelentős részét képezik (50,6%) az alsó végtagi töréseknek, ennek oka az életkor meghosszabbodása és az ezzel járó osteoporosis. A törések idős korban fordulnak elő, ezt bizonyítják az átlagéletkori számításaim (nők – 69,64 év, férfiak – 60,03 év).

A betegek 70,6%-a nő, a hosszabb élettartam és az élettani sajátosságok (terhesség, menopausa) miatti fokozott csontritkulás következtében.

Személyes interjú alapján azt a következtetést vontam le, hogy a betegek jelentős része csontritkulás szűrővizsgálaton nem vett részt és magas fokú ismerethiánnyal rendelkeznek a csontritkulással kapcsolatban.

Az országos adatokhoz és az 1996-ban készült kutatáshoz képest a saját kutatási eredmények sorrendje és aránya megváltozott.

Így első helyen áll a decubitus, mivel a székrekedés a betegek többségében már szerepelt az ápolási anamnézisben, amit az időskori renyhe bélműködés és helytelen táplálkozás okozza, ezáltal az obstipációt nem kutattam a dolgozatomban.

A decubitus aránya a nemzetközi, ill. hazai adatokhoz viszonyítva rosszabb. Ennek okát abban látom, hogy a csípőtáji törött betegek idősek, mozgáskorlátozottak, a bőrük sérülékenyebb, fehérje és vitaminhiányosak, többségük elesett állapotú, ill. kevés szakdolgozó (ápoló, gyógytornász) miatt a decubitus prevencióra kevés idő jut.

A decubitus testtájak szerint a leggyakoribb a keresztcsonton, majd utána a sarkon. Decubitusok stádiumai szerint az I. stádiumú decubitusok szerepeltek a leggyakrabban., majd utána a II. stádiumú decubitus. A felfekvések megoszlása nemek szerint egyenlő, szignifikáns eltérés nem észlelhető.

A decubitus magas arányszáma miatt a kórházunkban 1997-ben bevezettük a Decubitus figyelő szolgálatot. A decubitusos betegről decubitus ápolási lapot vezettünk, melyekről a decubitus figyelő szolgálat aktív tagjai decubitus lejelentő lapot és havonta összesítő adatlapot vezetnek. Kidolgozták a decubitus megelőzése és gyógyítása ápolási protokollt.

Kórházunkban 40 órás „tanfolyam indult” Decubitus megelőzése és gyógyítása címmel ápolók részére. A képzés célja az alapfogalmak felelevenítése, a legkorszerűbb kényelmi eszközök és kötszerek megismerése, protokollok, standardok megismertetése. A legfőbb cél azonban az egységes szemlélet megteremtése intézeti szinten.

Második helyen a postoperatív sebfertőzés áll. A postoperatív sebfertőzés alatt a műtéti seb azon elváltozásait értjük, mely a seb ill. közvetlen környezetének váladékozáásával jár. A postoperatív sebfertőzés jelentős mértékben növeli az ápolási napok számát.

A sebfertőzések kivédése céljából a műtéti környezettől függően antibiotikum prophylaxisban részesül a beteg. Fontos az antiszepszis és az aszepszis szabályainak betartása e célból szakmai protokollokat dolgoztak ki.

Harmadik helyen a pneumónia szerepel, amelynek előfordulási aránya jelentősen kisebb az országos viszonylathoz képest, ez a korai mobilizálásnak köszönhető. Sajnos a pneumóniás betegek többségét elveszítjük, az idős koruk és az elesett állapotuk miatt.

Negyedik helyen állnak a húgyúti fertőzések, amelyek nagymértékben csökkentek a hazai és az 1996-os adatokhoz viszonyítva. Mivel állandó katétert csak a műtét idejére kötünk be, aszepszis szabályok betartása mellett, ill. naponta többször cserélünk nadrágpelenkát, így a húgyúti fertőzést elkerülhető.

Csípőtáji betegeknél nagyon ritka a thrombosis kialakulása, mivel az osztályunkon műtét után rizikócsoporthoz tartozóknak tekintjük a betegeket. Kis molekulású heparint használunk testtömeg alapján kiszámolva. A thrombosis megelőzésben szerepet játszik még a korai mobilizálás és a rugalmas pólya alkalmazása.

10. Következtetés

Az első hipotézisem, amely szerint a csípőtáji törések idős korban fordulnak elő, túlnyomó részt nőknél a kutatásom alapján alátámasztottam, mivel a csípőtáji törött betegek 70,6%-a nő.

Az emberek átlagos életkora jelentősen megnőtt az orvostudomány és a gyógyszeripar fejlődése következtében, egyre többen érik meg az idős kort. Ezáltal gyakoribbá válik az idős korra jellemző betegségek, pl.: osteoporosis.

A csontritkulás következménye a csípőtáji törések, így ez a töréstípus idős korban fordul elő. Számításaim szerint a nők átlagéletkora 69,64 év, a férfiaké 60,3 év.

Vizsgálatom szerint a betegek leggyakoribb szövődménye a felfekvés (decubitus). A vizsgált betegek 15,7%-ánál alakult ki decubitus. Ezáltal megelőzve a postoperatív sebfertőzést, pneumóniát és a húgyúti fertőzést.

A tomportáji törések esetén a szövődmények előfordulásának a száma magasabb. Ezt a feltevésemet azzal indoklám, hogy a tomportáji törés ellátása nem sürgősségi műtét, így a betegeket gyakran extenziós kezelésben részesítik a műtét napjáig.

Ez a feltevés nem bizonyosodott be, mert a postoperatív sebfertőzésen kívül minden szövődmény előfordulásának száma kevesebb a combnyaktörés esetén előforduló szövődmények gyakoriságához viszonyítva.

11. Javaslataim

- A diplomás ápolók ismerjék fel a népegészségügyi program jelentőségét, ismereteiket adják tovább, mivel a népesség széles rétegeivel találkoznak.
- Egészséges életmódra nevelés, egészséges táplálkozás, mozgás, káros szenvedély-mentesség fontosságának megismertetése, propagálása. Ebben jelentős szerepe van a gyerek intézményeknek-bölcsőde, óvoda, iskola-, védőnőknek, gyermekorvosoknak és nem utolsósorban a családnak.
- Az osteoporosis jelentőségének, tüneteinek, kezelésének, következményeinek- törések megismertetése a lakossággal. Ebben fontos szerepe van a családorvosoknak, nőgyógyászoknak. Média bevonása és szórólapok terjesztése. Az osteoporosis megelőzés jelentőségének felismerése, 2 évenkénti szűrés népszerűsítése.
- Mindenképpen nagyobb hangsúlyt kell fordítani a beteg felvilágosítására, pszichés vezetésére. Fel kell nőnünk ahhoz a tényhez, hogy minden beteg egyedi, megismételhetetlen egyéniség, akinek saját gondolatai, érzései, reakciói, saját szorongása, féltelme van, melyeket nekünk ápolóknak fel kell ismerni. Ha ez sikerül a beteg a gyógyulásában vetett hitét meg tudjuk őrizni. Mindig legyen a beteg számára egy jó szó, egy simogatás, vagy egy mosoly. Minden egyedül végzett tevékenységet ismerjük el, bíztassuk a beteget.
- Műtét után a beteget bíztassuk a mozgásra, mivel sok beteg úgy gondolja, ha nem mozog, hamarabb gyógyul és nem fog fájni műtégi terület. Magyarázzuk el a mozgás fontosságát, kitérve az immobilizáció hatására és szövődményére.
- Kompetencia határainkon belül a hozzátartozók felvilágosítása, tévhiteinek eloszlatása, bizalmuknak a megnyerése, és végül bevonásuk a beteg ápolásába. Tapasztat, hogy a családtagok nem mernek tőlünk, ápolóktól kérdezni, aggodalmaikat egymás között beszélik meg. A hozzátartozókkal meg kell beszélni, hogy mi mit nyújtunk és tőlük mit várunk szeretettük gyógyulása érdekében. Alapvető tisztázni, hogy a család és az ápolók azonos oldalon állunk, mindannyian a beteg gyógyulásáért ténykedünk.
- Ha sikerül vonjuk őket be a beteg ápolásába, tisztálkodásába, étkezésébe, tornáztatásába. Próbáljunk jó kapcsolatot teremteni a családdal, így problémájuk, kívánságuk esetén bizalommal fordulnak hozzánk.
- Az elesést befolyásoló tényezők kiküszöbölése érdekében a segédeszközök – járókeret, mankó, támbot – helyes alkalmazásának megtanítása.
- Munkánk során törekedjünk a minőségi ápolásra, szövődmények megelőzésére, protokollok betartására, aszepszis és antiszepszis szabályok alkalmazására.
- Az ápolók rendszeresen továbbképzéseken vegyenek részt, a már megtanult ismeretek ismételése, bővítése és gyakorolása, ill. az új ismeretek elsajátítása érdekében. Hangsúlyozva a preventív szemlélet jelentőségét.
- A diplomás ápoló képzésben javasolnám az utolsó évben a szakosodást, amelyet megelőzne az első három évben az alaptantárgyak, pl. anatómia, élettan, biokémia stb. oktatása. Így lehetőség lenne sebészeti, rehabilitációs, intenzív stb. szakosodásra. Ezáltal a diplomás ápoló jobban el tudná sajátítani egy-egy osztály profilját.
- Javasolnám a Baleseti Sebészeti Osztály és a Rehabilitációs Osztály ápoló személyzetének a Dotte módszer oktatását. Mivel a francia Dotte módszer az egészségügyi dolgozók gerincének védelmét és a minőségi betegmozgatást célozza meg. Ez a 40 órás tanfolyam egy éve van jelen hazánkban. Ezzel a módszerrel csökkenteni tudnánk az ápolók megerőltetés miatt fellépő gerincfájdalmaikat, megkönnyíthetnénk a beteg mozgatást és kivédhetnénk az immobilizációs szindróma megjelenését.

Összegzés

Az osteoporosisos betegek száma és az osteoporosis káros következményei rohamosan gyarapodnak. Ennek oka, hogy a születéskor várható élettartam az utóbbi évtizedben jelentősen megnőtt, míg 1901-ben átlagélettartama 37 év volt, addig napjainkban 70 év felett van. Az alacsony csonttömeg és a törési kockázat ugyanolyan viszonyban áll egymással, mint a hipertonia és a stroke, vagy a hyperlipidaemia és a myocardialis infarctus. Előfordulási ráta csípőtörési törések esetén 80/100000 lakos/év. Ezek kb. 90%-a osteoporosis miatt következik be. A törések incidenciája 50 éves kor felett tízévenként megduplázódik.

A dolgozatomban ezt igazolja, a traumatológiai betegek jelentős részét teszik ki a csípőtáji törött betegek. Ezeknek a betegeknek a többsége nő, mivel a magasabb életkor miatt a nők életük mintegy harmadát a csontvédő oestrogen hiányában élik le.

Mivel a betegek jelentős része 60 év feletti, a részleges immobilizáció következtében a szövődmények gyakoriak. Ezek közül is a leggyakoribb a decubitus, mivel több hajlamozó tényező (immobilizáció, elesett állapot, sérülékeny bőr, fehérje-, vitaminhiány stb.) szerepet játszik a kialakulásában.

Munkámmal azt a célt tűztem ki, hogy a csípőtáji törött betegek szövődményeinek gyakoriságát felkutatom, és a szövődményeket megelőzőm az életminőség javítása és a fenntartható aktivitás meghosszabbítása érdekében; felismerve ezáltal a minőségi ápolás jelentőségét a szövődmények kialakulásának megelőzése és kezelése során. Kutatásom által hangsúlyozom a preventív szemlélet fontosságát.

A kórházunk – a debreceni Kenézy Gyula Kórház és Rendelő Intézet – felismerte a minőségi betegellátás jelentőségét, ezt bizonyítja a 2001. évben elnyert ISO 9001 szerinti minőségi tanúsítás. Bevezette az egységes ápolási dokumentációt. Arra törekszünk, hogy minél rövidebb idő alatt a legegyszerűbb módon, de mégis pontosan dokumentáljunk és legyen áttekinthető. Szakmai, ápolási protokollokat dolgoztunk ki, amit mindennapi gyakorlatban alkalmazunk. Valamint bevezettük a nosocomiális surveillance-t, és a decubitus figyelő szolgáltatást.

A Baleseti Sebészet Osztály ápolói küzdenek a szövődmények kialakulása ellen és a beteg központú ápolás minőségének javítása érdekében. A kutatásom eredményeinek, tapasztalatainak bemutatásával e célt szeretném szolgálni.

„A minőség az ápolás célja és a ténylegesen végzett ápolás összhangja”

Irodalom

1. A nosocomiális fertőzések járványtana: HIETE Budapest, 1998.
2. Bokor, N.: Általános ápolástan-gondozástan 1.-2., Medicina Könyvkiadó Budapest, 1991.
3. Gál, Cs.: Sebészet, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1999.
4. Gulyás, M.: Klinikai ismeretek a sebészet köréből ápolónők részére, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1992.
5. Smith Temple, J. - Young Johnson, J. : Gyakorlati ápolástan, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1997.
6. Joan F. Needham: Gerontológiai ápolás, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1998.
7. Dr. Kornéth Anikó: Klinikai ismeret belgyógyászat köréből ápolónők részére, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1992.
8. Losonczy, Gy.: A klinikai epidemiológia alapjai, Medicina Könyvkiadó Budapest, 2001.
9. Losonczy, Gy.: Nosocomiális fertőzések, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1989.
10. Losonczy, Gy.: Nosocomiális infekciók surveillance rendszere, Johnson & Johnson Medical Budapest 1994.
11. Milliken, M.E. – Campbell, G.: Mindennapos betegellátás, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1998.
12. Boyd, M.W. – Tower, B.L. : Belgyógyászati és sebészeti ápolástan, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1998.
13. Nővér 1996.9.6.; 1996.9.3.; 1997.10.4.; 1997.10. különszám; 2000.13.3.
14. Nővér praxis, 2001. március, 4.,3.
15. Dempsey, P.A. – Dempsey, A.D. : Kutatómunka az ápolásban, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1999.
16. Potter, P.A. – Perry, A.G. : Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1997.
17. Petrányi, Gy.: Belgyógyászat, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1995.
18. Renner, A.: Traumatológia, Medicina Könyvkiadó Budapest, 2000.
19. Tarsoly, E.: Funkcionális Anatómia, Medicina Könyvkiadó Budapest, 1997.
20. Stefanovics, J.: Sebészet 1., Medicina Könyvkiadó Budapest, 1982.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Gerincvelő-sérült ápolása, rehabilitációja

Tomityné Borsodi Éva

Az elmúlt évtizedekben a gerincoszlopot érintő súlyos sérülések száma világméreteiben szaporodott. Ezért részben a technika és a közlekedés rohamos fejlődése okolható, illetve az ezzel lépést nem tartó emberi magatartás. Az egyre jobban motorizált világban fokozott veszély fenyeget vezetőt-, utast- és gyalogost egyaránt. A közlekedési trauma és a gerincsérültek ugrásszerű növekedése korunk szomorú jelensége. Az elszenvedett sérülések egy része maradandó károsodásokat eredményez, más részük korrigálható. A sérülés mértékétől függően van szükségük a betegeknek rehabilitációra. Azt, hogy ez a fogalom pontosan mit is takar, nem mindannyian ismerjük.

Rehabilitáció

Az Egészségügyi Világszervezet definíciója alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium az alábbi meghatározást alkalmazza: „az a szervezett tevékenység, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan, vagy véglegesen fogyatékos, vagy rokkant embernek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák a helyüket a közösségben.”

A gerincvelő-sérülés jelentősége

Sir Ludwig Guttmann, a huszadik század gerincvelősérült rehabilitációjának atyja könyvének bevezetőjében, azt írja: „A fogyatékoságok között, melyek az embert utolérhetik, kétségtelenül a gerincvelő súlyos sérülése, betegsége az egyik legnagyobb csapás. Ez könnyen megérthető, ha tudjuk, hogy a gerincvelő élettanilag igen fontos nemcsak azért, mert az agy és a test között impulzusokat közvetít, hanem önmaga is idegközpont, olyan életfontos funkciókat szabályoz, mint az akaratlagos mozgás, testtartás, hólyag-, bél- és szexuális működés, légzés, hőszabályozás és vérkeringés. Ezért akár baleset, akár betegség következtében károsodik, a sérülés alatti területeken súlyos következményekkel kell számolnunk.”

A kézirat további része egy gerincvelő-sérült személy konkrét esetét ismerteti.

Esetismertetés

Páciensünk, K. T., 2002. 03. 29-én motorkerékpár vezetőjeként sérült, eszméletvesztése nem volt, a helyszínen a komplett harántlaesio képét mutatta. A mentők nagy dózisú szteroid adását kezdték el, majd a Budapesti Károlyi Sándor Kórházba szállították. Az ott elvégzett MR vizsgálat Thoracalis (Th.) VIII-as csigolya darabos törését igazolta, melyhez a Th. VII-es csigolya testének előrecsúszása társult, a gerincvelő kompresszióját és kiterjedt átszakadását okozva. Intenzív ellátást követően műtetre készítették elő. Műtét során Th. VII-IX-es csigolyák hátsó fixálását, hátsó laminectomiát, durális dekompressziót végeztek. Zavartalan posztoperatív szak után a második nap, a műtési területen duzzanat, nyomásérzékenység és fokozott fájdalom miatt ismét műteni kellett. Th. V-X USS fixatiót, kyphosis korrekciót, valamint duraplasztikát végeztek. 2002. 06. 11-től 08. 05-ig az OORI-ban kezelték, ahol elkezdték mobilizálását, kerekesszékkal, járókerettel és 4 körsínes járógéppel próbálkoztak. Ezt követően a beteg 2002. 08. 21-én érkezett intézetünkbe, az MH HÉMORI III-as számú rehabilitációs osztályára.

A betegünk elmondása szerint korábban komolyabb megbetegedése nem volt, kórházban nem kezelték, gyógyszerrel nem szedett és diétát sem tartott. Sumetrolim érzékenysége gyermekkorában derült ki. 25 éves, sportos alkatú fiatalember volt, felső végtagi izomzata kidolgozott, erős.

Ápolási szempontból járásképtelen, parapleg beteg. Kerekesszékkal mobilis, részlegesen önellátó. Vizeletet naponta 3-4 alkalommal önkátéterezéssel ürít, széket általában kúp segítségével tud üríteni. A járógép viselése közben a jobb farpofán kb. 20 forintos nagyságú hámhiány alakult ki. Mindkét alsó végtagja gyakran görcsöl, időnként felerősödő fonákérzete van.

Betegünk a IV-es ápolási szinthez tartozik. Egészségi állapotának megváltozása korlátozta az önellátó képességét szükségleteinek kielégítésében. Az önellátás terén fennálló deficitet Orem modellje szerint mértük fel és oktató, segítő ápolást terveztünk. Ápolási tervünkben arra összpontosítottunk, hogy megtanítsuk betegünket az önellátási szükségleteinek lehető legszélesebb körű ellátására. Az alábbi táblázat az ápolási diagnózishoz igazodó célkitűzéseket és magát a tervet mutatja.

Ápolási diagnózis	Célkitűzés	Ápolási terv
<i>Mozgáskorlátozottság</i> Az önellátás hiányossága a gerinc sérülés szintjének megfelelő mozgató és érző kiesések következtében.	Segítségnyújtás, a beteg mozgásképeségének maximális kihasználása az állapottól függően.	Mozgás szorgalmazása, segítségnyújtás a tisztálkodási, ürítési, mozgásbiztonság, alvás és pihenés szükségletek kielégítésében.
<i>A bőr károsodásának kockázata</i> – rossz keringés következtében.	A bőr épségének megőrzése.	– bőrsérülések kivédése, – kényelmi eszközök használata, – megfelelő testi higiéné biztosítása, – rendszeres bőrellenőrzés.
<i>Vastagbélpanángás kockázata</i> – a mozgásszegénység miatt csökkent perisztaltika következtében.	Rendszeres, laza széklet biztosítása.	– felvilágosítás a rostokba gazdag ételekről a gyümölcsök fontosságáról, – zavartalan ürítési körülmények biztosítása.
<i>Spontán vizeletürítési képtelenség</i> – a sérülés következtében a reflexes működés megszűnése miatt.	Incontinentia megszüntetése.	A vizeletürítés akaratlagos szabályozása – fertőzések elkerülése, – rendszeres folyadékfogyasztás (1,5-2 liter/nap) szorgalmazása, – vizeletpanángás elkerülése.
<i>Fertőzésveszély</i> – a bőr fennálló sérülése miatt, – a vizeletpanángás következtében.	Ne alakuljon ki decubitus valamint további bőrsérülés, a már meglévő megszüntetése. Ne alakuljon ki vizeletretentio.	TH-ás beavatkozások elvégzése a sterilitás szabályainak betartása – védőfelszerelések alkalmazása, – a vizeletürítés megoldása, a spasticus hólyag spontán ürítésre tanítása.
<i>Balesetveszély kockázata</i> – a segédeszközök használata miatt.	Balesetek elkerülése.	Segítség az eszközök biztonságos használatához, a fokozatosság elvét betartva.

1. táblázat – Ápolási terv meghatározása az ápolási diagnózis alapján

Intézetünkben a betegek döntően 2 ágyas, WC-vel, zuhanyzóval ellátott szobában kapnak elhelyezést. Betegünket egy 3 ágyas, kimondottan mozgásukban korlátozott emberek fogadására alkalmas szobában helyeztük el (elegendő tér a kerekesszékekkel való közlekedéshez, speciálisan kialakított fürdőszoba és WC, megfelelő magasságban felszerelt kapaszkodók, kapcsolók és nővérhívó).

A beteggel az első időben együtt tanultuk meg a higiénés teendőkhöz szükséges, önmaga által már jól begyakorlott mozdulatokat, tapintatosan átsegítve a kezdeti szemérmesség leküzdésében. A nap mindig hólyagürítéssel kezdődött, ennek előkészületeihez kért segítséget, összekészíteni és kézre adni a katéterezéshez szükséges eszközöket. Ügyesen végezte a katéter felhelyezését, ennek ellenére hálasan fogadta a további tanítást, tanácsot a sterilitás megtartására és a fertőzések elkerülésére. A katéterezést naponta 3-4 alkalommal ismételtük. A napi átlag táplálkozás és folyadékfogyasztás mellett 800-1000 ml vizelet ürült. Székletürítés általában 2 naponta pezsgőkúp felhelyezésével sikerült. A fürdés a rendelkezésünkre álló lehető legkorszerűbb eszközzel, a Calipso székekkel történt. Ez a speciális szék egyben ápoló- és betegkímélő is, jól alakítható az ágy magasságához és a beteg helyzetéhez. A legmegfelelőbb helyzetbe állítható ahhoz, hogy a beteg a legkevesebb mozgással karjai és némi ápolói segítséggel átülhessen rá.

Betegünk lábai görcsösek, feszesek voltak, főként a reggeli órákban, emiatt a beteg gyakran ideges, feszült volt. Lábaik nyugodt, magabiztos és kíméletes mozdulatokkal segítgett az átülésnél. Zuhanyozáskor csak a hát és az alsóvégtagok lemosásához kért segítséget, a kézre adott eszközökkel önállóan tisztálkodott.

A reggeli teendők sorát sebkezeléssel folytattuk. Hyperolos lemosást, 10 perc Evolite lámpakezelést, majd Fibrolan salbe gélt és steril sebfedést alkalmaztunk. Délutáni órákban ugyanezt megismételtük. Az öltözködéskor csak a nadrág, zokni és cipő felvételénél segédkeztünk. A nap nagyobbik részét gyakorlatilag a kerekesszékekben töltötte. Itt a dekubitusz védelem és a már meglévő hámsérülés gyógyulása miatt is gondot fordítottunk a megelőzést biztosító megfelelő ülőpárna elhelyezésére.

Ezt követte a naponta előírt rehabilitációs program elvégzése, amelyre betegünk önmaga járt el. Önállóan étkezett az étteremben, kerekesszékhez kialakított asztalnál.

Az egész napi kezeléseket követően pihentető hason fekvést szorgalmaztunk délutánonként, ami nem csak a sebgyógyulást befolyásolta kedvezően, hanem a görcsösség oldására is kiváló.

Betegünk az első héten alkalmazkodott a helyi szokásokhoz, helyismeretet szerzett, vele egykorú és állapotú emberekkel barátkozott. A kezdeti bizakodást és kedélyes hangulatot követően rossz lelkiállapotot és lehangoltságot észleltünk. Beszélgetéssel, diszkrét érdeklődéssel, empátikus viselkedésünkkel elértük, hogy bizalommal számoljon be problémáiról. Betegünk gyors javulásra és látványos sikerekre számított, de be kellett látnia, hogy minden kis eredményért keményen meg kell küzdenie. El kellett érniük, hogy bízzon az apró javulásokban, bíztattuk a tornára, a mozgás fontosságára és erősítettük a hitét a kitartásra.

A speciális gyógytorna keretén belül függesztő rács, hólyagingerlés és „lokomotív” terápián vett részt. A „lokomotív tréning” olyan terápiás eljárás, amely a járás újratanulását, valamint továbbfejlesztését szolgálja gerincvelősérvült és felső motorikus, neurológiai diszfunkcióval rendelkező betegeknek. A program szerint a beteg testsúlyához kap támogatást, miközben a futószalagon gyakorolja a járást. A futószalagon töltött idő alatt, sok-sok gyakorlás után, a betegnek már kevésbé kell tartania magát, már nem lendületből lép, a helyes lépéstechnikát próbálja alkalmazni. Törzs és hátizmai erősödnek, biztosabban ül, jobb az egyensúlyérzéke. Erősebb karokkal, könnyedebb mozdulatokkal végzi mindennapos teendőit. Betegünk gondozási ideje alatt székletürítését sikerült rendezni, napi rendszerességgel. Vizeletürítést a hólyag lazításával, kopogtatással végezte, többkevesebb sikerrel. A jobb farpofán lévő hámsérülés jelentősen összehúzódott. Akaratereje, sikeres rehabilitációja, következetes gondozása, teljes értékű, aktív életét teszi lehetővé. Pszichológus és szociális munkás bevonásával segítgett a megváltozott élethelyzethez való alkalmazkodásában. A család bevonásával, a lakáskörülmények átalakításával segítgett felkészülését az otthoni életvitelhez.

Következtetések

A rehabilitáció sikerének alapfeltétele abban áll, hogy a sérült személy elfogadja a gerincvelő sérülés tényét, megértse annak következményeit, átalakítsa a szokásait, az egyes szövődmények megelőzésének technikáját megtanulja, azokat a napi életébe beépítse. Ebben a folyamatban a baleset előtti lelki adottságoknak fontos szerepe van. A gerincvelő sérülés gyökeresen megváltoztatja nemcsak a beteg, hanem a család életét is. Fontos hogy a hozzátartozók megértsék, elfogadják a sérülés következményeit. Bevonásuk az ápolásba, pszichés vezetésük biztosítása elkerülhetetlen. A sérült ember megváltozott test és én képpel kerül szembe, kénytelen tudomásul venni, hogy korábban tervezett jövője bizonytalanná válik. Az ápoló részéről megértés, türelem, a helyzet átélése segíti a mindennapi küzdelemben.

Irodalom

1. Pearson, A. és Vaughan B. (1996). Az ápolási gyakorlat modelljei. Budapest: Medicina.
2. Bálint, G., Zakumenszky, Z. és Sziráki, E. (2000). Rheumatológiai betegek rehabilitációja. Budapest: Medicina.
3. Fejes, A. (1981). Gerincsérültek rehabilitációs pszichológiája. Budapest: Medicina.
4. Hecke, R.W., Ade, G., és Schell, W. (2000). Rehabilitáció és betegápolás. Budapest: Medicina.

A decubitus megelőzésének és kezelésének lehetőségei, krónikus sebek ellátásának módszere

Benkő Tímea

diplomás ápoló, főnővér

Megyei Jogú Város Kórháza, Rehabilitációs Osztály, Nagykanizsa

Minden ápolónak, aki időskorúakat, tartósan fekvő betegeket ápol, gyakran kell szembenéznie a beteg állapotát, és súlyosabb esetben életkilátásait is befolyásoló szöveti károsodással, amelyet egységesen decubitusnak, felfekvés miatti fekélyesedésnek hívunk.

A decubitus fogalma magában foglalja a bőr elváltozásait, a nyomásnak kitett pontokon történt vörös elszíneződéstől egészen a csontokat is érintő üreges, fekélyes állapotokig. A decubitus kialakulása megelőzhető, ugyanakkor a prevenciós munka és időigényes feladat. Ha a megelőzés mégsem hozná meg a várt eredményt, napjainkban már megfelelő tudás és számtalan termék segíti sebellátási tevékenységünket. A jelen közlés decubitusos betegek sikeres kezelése kapcsán, más krónikus sebeknél, pl. ulcus cruris esetén szerzett sebkezelési technikával kapcsolatos tapasztalatokat ismerteti.

Decubitus

Tanulmányaink során többször kerül elő ez a fogalom. Annak ellenére, hogy megtanuljuk a megelőzés, a kezelés elveit, sokan soha nem találkozunk vele. Ez a szöveti károsodás azonban nagymértékben befolyásolja a beteg általános állapotát, életkilátásait és nehezíti a rehabilitációs tevékenységeket is.

Mi okozza a decubitust, a szöveti károsodást? Elsősorban a bőrfelületre ható, az azt igénybe vevő nyomó, nyíró és súrlódó erő. Tekintettel a kiváltó ok egyszerű megelőzhetőségére, sok esetben ápolási hibának kell tekinteni a súlyos, néha életet veszélyeztető állapot kialakulását. A megelőzéshez irányadó lehet az Európai Decubitus Tanácsadó Bizottság Szakmapolitikai nyilatkozata, amely az alábbi feladatokat jelöli ki:

1. A bőr ellenőrzése
2. Nyomó- nyíróeszközök felmérése (nemcsak a testfelületen, hanem a szondák, katéterek, tubusok és drain csövek is)
3. Testhelyzet felmérése
4. Testhelyzet megváltoztatásához való képességek felmérése
5. Kockázati érték meghatározása kibővített Norton-skálával
6. Vörösség időtartam-mérése

Forgatási idő és speciális eszközök használatának megállapításához

1. Tápláltság felmérése
2. Beteg és családja bevonásának, lehetőségeinek felmérése
3. Monitorizálás, eredmények rögzítése

Ha ezekkel a feladatokkal végeztünk:

- ♦ Betegünket kényelmesen, megfelelő antidecubitor eszközök igénybevételével helyezzünk el;
- ♦ Bőrápolásához tartsuk be az általános higiénés szabályokat;
- ♦ Mozgathatósághoz megfelelő emelési, forgatási és szállítási technikákat alkalmazzunk;
- ♦ Az étrendet magas fehérje-, vitamin-, és ásványi anyag mennyiség alapján állítsuk össze.

Ha a fentieket figyelembe véve sem tudjuk elkerülni a decubitus kialakulását, a továbbiakban már arra kell figyelnünk, hogy a kialakult decubitusos fekélyt megfelelően kezeljük, és egy újabb elváltozás kialakulását megakadályozzuk.

A sebkezeléshez használt eszközöknek, anyagoknak költségkímélőnek kell lenniük, hiszen sem a beteg, sem az egészségügyi intézmény nem engedheti meg magának a tartós, magas költségeket. A gazdaságosság mellett a betegek kényelmét, a hatékony kezelés lehetőségét is szem előtt kell tartani. Ehhez több termék közül is választhatunk, jelen esetben a CUTINOVA-ALLEVYN termékkel szerzett tapasztalatokat mutatjuk be.

A fejlett termékek használatának egyik kézzelfogható haszna, hogy gyors sebgyógyulást eredményeznek, illetve a gyorsabb gyógyulás révén rövidül az az idő, amelyen belül a beteg mobilizálható állapotba kerül úgy, hogy közben a decubitus okozta fájdalma csökken.

A költségekre nincsenek pontos becsléseink, de empirikus tapasztalatok alapján a gyorsabban és kevesebb fájdalommal felépülő betegek megtérítik az intézményi befektetést. Az említett kezelési mód nem kötött protokolláris előíráshoz, kibővíthető saját tapasztalattal, így alkalmazása több ápolói szabadságot ad. Minden eset pontos dokumentálása segíti tapasztalataink kibővítését, a további betegek gyógyítását ezzel még hatékonyabban tudjuk elvégezni.

A mellékelt táblázat összefoglaló, általános elveket ismertet, ezzel segítve kollégáink tájékozódását a megfelelő kezelési módszer megválasztásában. Ugyanakkor el kell mondani, hogy decubitus esetében, de ulcerus cruris esetén is legfontosabb a keringés optimalizálása, akár műtéti technikával, a sebkezelés csak így vezet igazán látványos eredményre.

A továbbiakban egy konkrét eset bemutatásával szemléltetjük a helyes sebkezelési eljárások gyakorlati alkalmazását.

	Helye	Nagysága (cm)	Seb állapota Mélység, sebalap, sebszél	Sebkörnyék	Kezelés
1 – 6 nap naponta kötéscsere	Sacralis régió	5,5x2,5	3-4 mm, kevés váladék, meneteles	Reakciómentes	H ₂ O ₂ 3%-kimosás 0,9%-os NaCl öblítés Carbonet-Fixomull stretch
	Jobb oldali trochanter	7,5x7,5	1 cm, bőséges bűzös, alávájt	Piros, sebváladéktól enyhén felmaródott	
6 – 8 nap	Sacralis régió	4x2	2mm, minimális váladék, meneteles	Reakciómentes	H ₂ O ₂ 3%-kimosás 0,9%-os NaCl öblítés Cutinova gél Allewyn cavity Fixomull stretch
	Jobb oldali trochanter	7,5x7,5	1 cm, bőséges bűzös, alávájt	Piros, sebváladéktól enyhén felmaródott	
8 – 16 nap	Sacralis régió	2,5x1,5	1 mm, minimális váladék, meneteles	Reakciómentes	H ₂ O ₂ 3%-kimosás 0,9%-os NaCl öblítés Allewyn cavity, Fixomull stretch Pulv. Klion-Sumetrolin
	Jobb oldali trochanter	7x7	1 cm, bőséges bűzös, alávájt	Piros, sebváladéktól enyhén felmaródott	
16 – 25 nap	Sacralis régió	2x1,5	Granulációs fázisban	Sebkörnyék reakciómentes	H ₂ O ₂ 3%-kimosás 0,9%-os NaCl öblítés Cutinova gél Cutinova foam, Fixomull stretch Irurol kenőcs sebkörnyék végelmére
	Jobb oldali trochanter	6x5	0,5 cm, kevés, meneteles		
25 – 33 nap	Sacralis régió	2x1	Granulációs fázisban	Reakciómentes	H ₂ O ₂ 3%-kimosás 0,9%-os NaCl öblítés Cutinova gél Cutinova foam, Fixomull stretch Irurol kenőcs sebkörnyék végelmére
	Jobb oldali trochanter	5,5x4,5	2 mm, minimális, meneteles		
33 – 39 nap	Sacralis régió	2x1	Granulációs fázisban	Reakciómentes	H ₂ O ₂ 3%-kimosás 0,9%-os NaCl öblítés Allewyn cavity, Fixomull stretch Pulv. Klion-
	Jobb oldali trochanter	5,5x4,5	2 mm, kicsit bővebb, meneteles		

					Sumetrolin Irurol kenőcs a sebkörnyék védelmére
39 – 43 nap	Sacralis régió Jobb oldali trochanter	1x0,5 5,5x4,5	Granulációs fázisban 2 mm, kicsit bővebb, meneteles	Reakciómentes	Dezinficiálás: Betdin oldat Cuticerin, Cutinova thin Fixomull stretch
43. nap	Sacralis régió Jobb oldali trochanter	1x0,5 5,5x4,5	Granulációs fázisban 2 mm, kicsit bővebb, meneteles	Reakciómentes	Dezinficiálás: Betdin oldat Cuticerin, Cutinova thin Fixomull stretch

1. táblázat – Sebkezelési technika megválasztásának elvei

Esetismertetés

T.J.-né 70 éves beteg, aki 2000. 09. 11-től 2000. 10. 24-ig feküdt osztályunkon. Ezt megelőzően neurológiai osztályon feküdt, ahol encephalomalatiáját kezelték, majd az ott kialakult decubitusát az otthoni szakápolás kezelte tovább. Osztályunkra két nagy kiterjedésű decubitussal érkezett. A sacralis régió elhelyezkedő decubitus 5,5 x 2,5 cm-es, kissé váladékozó volt. A jobb oldali trochanteren levő, erősen váladékozó seb 7,5 x 7,5 cm-es kiterjedésű volt. A trochanteren elhelyezkedő decubitus mélysége megközelítette az 1 cm-t, a sacralis decubitus 2-3 mm mélységben helyezkedett el.

Felvételkor meghatároztuk a decubitusok nagyságát és elkezdtük a kezelési folyamatot, melyet saját tapasztalataink és a sebállapot függvényében végeztünk.

1. nap

Dezinficiálás H₂O, 3%-os oldattal
Folyamatos 0,9%-os NaCl-os öblítés
Carbonet és Fixomull stretch alkalmazása
Naponta kötőcsere elvégzése

6. nap

A sacralis decubitus sebszéle jelentősen javult, a váladék minimálisan kevés volt, a seb méretei 4x2 cm-re csökkentek. A trochanteren elhelyezkedő decubitus képe nem változott, az alávájt sebszél mértéke sem csökkent. Mivel az eddigi sebkezelés kevés eredményt hozott, az alábbi kezelési formára tértünk át:

Dezinficiálás H₂O, 3%-os oldattal
Folyamatos 0,9%-os NaCl-os öblítés
Cutinova gél és Allevyn cavity, valamint Fixomull stretch alkalmazása

8. nap

Az előző kezelési folyamat követése mellett kipróbáltuk, hogy milyen segítséget nyújthat Klion-Sumetrolim antibakteriális tartalmú terápia. A sebbe ezt a port juttatva a 2. nap után a sacralis decubituson látványos, a trochanteren levő decubituson is észrevehető javulást tapasztaltunk. A decubitus méretei ekkorra 2,5x1,5 cm illetve 7x7cm-es kiterjedést értek el.

16. nap

Az előző kezelési menet 8. napján jól láthatóan meneteles sebszél alakult ki a trochanteren levő decubituson is. A seb mérete ekkor 6x5 cm-es volt, a sebalap feltisztult. A sacrumon levő decubitus granulációs fázisba került, a sebszél reakciómentes volt, ezen a helyen már a sebgyógyulási folyamat leglátványosabb részéhez érkeztünk, a seb hámosodásához. Sebméret ekkor: 2x1,5 cm.

A további sebkezelés menete:

Dezinficiálás H₂O, 3%-os oldattal
0,9%-os NaCl-os öblítés

Cutinova gél
Cutinova foam
Fixomull stretch
Klion-Sumetrolin port már nem alkalmaztunk.

Ezt a kezelést folytattuk további 7 napig, ekkor a sebkörnyék védelmére Iruxol kenőcsöt alkalmaztunk.

25. nap

A sebméretetek 2x1 cm illetve 5,5x4,5 cm-es méretet értek el. A sebellátás az előzőekhez képest nem változott. A váladékozás a trochanteren is minimálisra csökkent. Kezelésünk kezdetétől ekkor 1 hónap telt el. A seb nagysága jelentősen csökkent, váladékozás megszűnt, illetve a trochaner táji decubituson nagyon minimálisra esett vissza.

33. nap

Váladékozás miatt ismételten alkalmazni kezdtük a Klion-Sumetrolim port, a trochanteren lévő sebre sebtoilette után Cuticerint helyeztünk, majd Cutinova thin-el és Fixomull stretch-el fedtük. Betegünk kezelésünk 43. napján került otthonába, kezelését a háziorvosi szolgálat folytatja.

Egy igazán makacs, nagy kiterjedésű decubitus kezelési ideje a fenti kezelési módszerrel jelentősen lerövidült. Betegünket nem teljesen gyógyult állapotban sikerült otthonába bocsátanunk, de a teljes gyógyulásig hátralévő idő jóval rövidebb, mint a hagyományos módszerrel kezelt betegeké. A siker azonban nem csak a megrövidült gyógyulási szakasz, hanem az, hogy megfelelő sebkezelési technikával betegünk sokkal több időt tudott fájdalmak nélkül a gyógytornára fordítani. A gyakorlatok kedvező hatására segítséggel tudott sétálni, és önmaga ellátásához kevesebb segítséget igényelt környezetétől. Alapvető ápolási célunk, a beteg önellátásra való visszavezetése, ebben az esetben majdnem tökéletesen teljesült.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az akut hasi megbetegedések előfordulása és ellátása

Bekéné Zelencz Katalin

diplomás ápoló, Sátoraljaújhely Önkormányzat Erzsébet Kórháza, Központi Intenzív Osztály

A vizsgálat célja: az akut hasi megbetegedések előfordulásának vizsgálata és az akut hasi diagnózissal felvett betegek ellátásának elemzése.

Minta és módszer: A betegeket a Sátoraljaújhelyi Önkormányzat Erzsébet Kórház Központi Intenzív Osztályára akut hasi megbetegedéssel felvett betegek közül választottuk ki. Az elemzéshez szükséges adatokat az osztályon tárolt dokumentációból nyertük. Az elemzéshez használt vizsgált időintervallum 2000. január-2002. október volt.

Eredmények: osztályon kezelt betegek 42, 43, illetve 47%-a akut hasi panaszok miatt került felvételre. A leggyakrabban az akut hasi tünetcsoportból az epebetegségek és az ileus okozta akut hasi katasztrófák fordultak elő.

Következtetések: A vizsgált osztályon és időszakban az akut hasi kórképek előfordulása volt a leggyakoribb diagnózis. Ápolói szempontból az esetek közel 50%-ban ilyen jellegű betegek ellátására, gondozására szükséges felkészülni.

Bevezetés

Az „akut has” fogalma fenyegető, kifejeletében életveszélyes abdominális megbetegedést jelöl, amely azonnali cselekvést igényel. Többnyire gyorsan progrediáló tünetegyüttesről van szó, ahol az esetek többségében sürgős műtéti beavatkozás szükséges (Gaál, 1997). Mivel ez a tünetcsoport az esetek jelentős százalékban fordul elő, ellátásukra fontos kiemelt hangsúlyt fektetni. A gyors, határozott és megfelelő sebészi beavatkozás és ápolói gondozás elengedhetetlenül szükséges a páciensek mielőbbi gyógyulásához, illetve adott esetben az életük megmentéséhez. Kritikus tényező a felismerés, a megfelelő és mielőbbi döntés és beavatkozás, mivel az idő és szakszerű ellátás minden esetben életet menthet.

Vizsgálatunkban az akut hasi megbetegedések előfordulásának gyakoriságát a Sátoraljaújhelyi Önkormányzat Erzsébet Kórház Központi Intenzív Osztályán elemeztük. További cél volt annak megértése, hogy az akut hasi diagnózissal felvett betegek milyen ellátásban részesülnek.

Hipotézisek

- Az osztályunkon előforduló megbetegedések közül jelentős arányban szerepelnek akut hasi diagnózisok.
- Az akut hasi kórképek között a leggyakrabban előforduló tünetcsoport az epebetegségek által okozott akut hasi kórkép.

Módszerek és minta

A mintát a Sátoraljaújhelyi Önkormányzat Erzsébet Kórház Központi Intenzív Osztályán, akut hasi megbetegedéssel felvett betegek közül választottuk ki. Az elemzéshez szükséges adatokat az osztályon tárolt dokumentációból nyertük. Az elemzéshez használt vizsgált időintervallum 2000. január-2002. október volt. Az adatok feldolgozásához százalékszámítási módszert alkalmaztunk.

Eredmények

Az adatok elemzéséből az alábbi évek szerinti megoszlást mutathattuk ki: 2000-ben 148 fő került felvételre, a nemek megoszlása a mintában 49% nő, 51% férfi volt. A 148 főből 42%-ban fordult elő akut hasi panasz (63 fő). Leggyakrabban az epebetegségek (36%, 23 fő) fordultak elő, ezt követte az ileus (33%, 19 fő), mint jelentős akut hasi tüneteket okozó kórkép, de előfordult még kisebb arányban pancreatitis (6%, 4 fő), lépruptúra (4%, 3 fő), és bélperforáció (3%, 2 fő) is. Az epebetegségek csoportjába az akut epehólyag gyulladást, az epehólyag perforációt, a heveny görcsrel járó epekövességet valamint az epehólyag nekrozist soroltuk. Az ileus esetében nem volt lehetőség csoportok szerinti felosztást végezni.

A 2001-ben 172 főt kezeltünk osztályunkon, 54%-ban nők, 46%-ban férfiak voltak. A 172 főből az akut hasi megbetegedés aránya 43% volt (74 fő). A vizsgált évben az epebetegségek ismét a legmagasabb arányt képviselik (39%, 29 fő), a következő jelentős csoport ismételtelen az ileus (22%, 17 fő) volt. A továbbiakban a pancreatitis (8%, 6 fő), a gyomorperforáció (9%, 7 fő), a gasztrointesztinális vérzés (9%, 7 fő) és a mezenterialis trombózis (4%, 3 fő) fordultak elő.

A vizsgálat lezárásnak időpontjáig, 2002. októberéig, 197 fő került gondozásra, 64%-uk nő, illetve 36%-uk férfi volt. A felvett betegek 47%-át kellett akut hasi panaszok miatt ellátni (93 fő). A fent említett két évhez hasonlóan a legnagyobb arányt az epebetegségek képviselték, jelen esetben 46% (42 fő) volt. Ezt követően leggyakrabban az ileus (20%, 18 fő), a pancreatitis (6%, 6 fő), a duodenum és gyomorperforáció (5-9%, 5 és 8 fő), valamint a gasztrointesztinális vérzés (4%, 4 fő) fordult elő. Az említett közel három év adatainak részletes megoszlását az 1. táblázat ismerteti.

	2000	2001	2002.I.-X. hó
Epebetegségek	23	29	42
Ileus	19	17	18
Gyomor perforáció	2	7	8
Duodenum perforáció	0	0	5
Divertikulum perforáció	0	0	2
Bélperforáció	2	0	0

Gasztrointesztinális vérzés	5	7	4
Mesenterialis trombózis	1	3	2
Appendicitis	3	2	3
Akut pancreatitis	4	6	6
Uterus ruptúra	0	0	2
Léruptúra	3	0	1
Hólyagruptúra	0	1	0
Abdominális tályog	1	1	0
Ovárium cysta csavarodás	0	1	0
Összesen:	63	74	93

1. táblázat – Az akut hasi kórképek megoszlása a vizsgált időszakban (fő)

Megbeszélés

Az akut hasi megbetegedések előfordulása 42, 43, illetve 47% volt osztályunkon, ami vezető diagnózisnak tekinthető. A felsorolt tünetek közül kiemelten magas volt az epe által okozott kórképek aránya, valamint az ileus okozta panaszok. Az első hipotézis, amely szerint az osztályon előforduló megbetegedések közül jelentős arányban szerepelnek akut hasi kórképek, nem sikerült elvetni. A második hipotézis, amely azt feltételezte, hogy az akut hasi kórképek között leggyakrabban az epebetegségek okozta megbetegedés szerepel, megerősítést nyert. A vizsgált teljes időszakban a hypovolémia valamint az anaemia fordult elő a legnagyobb arányban az akut hasi panaszok kísérő tüneteként.

Mindenképpen figyelmeztető, hogy az akut hasi kórképek aránya a megfigyelt közel három év során fokozatosan növekedett, jelentős mértékben az epebetegségek aránya nőtt 2001. és 2002. októbere között.

Következtetések

A Sátoraljaújhelyi Önkormányzat Erzsébet Kórház Központi Intenzív Osztályán 2000-2002. év október időtartamra kiterjedő vizsgálat alapján elmondható, hogy az akut hasi kórképek előfordulása a leggyakoribb diagnózis. Ápolói szempontból tehát az esetek közel 50%-ban ilyen jellegű betegek ellátására, gondozására szükséges felkészülni. Amennyiben az elemzett időszakból trendszerű következtetéseket lehet levonni, az akut hasi panaszok aránya tovább növekedhet. Vezető diagnózis az epebetegségek és az ileus előfordulása, így az ápolásnak is ezekre a területre érdemes összpontosítani. Mivel az akut hasi megbetegedéssel felvett személyek súlyos állapotban vannak, ellátásukat időben elvégzett, szakszerű beavatkozással és gondozással kell végezni. Ebben segítséget jelenthet, ha az adott betegcsoport ápolásához rendelkezésre áll megfelelő protokoll vagy standard, ami segíti a gyors és hatékony beavatkozást és gondozást. A közleményhez csatolva az osztályunkon követett eljárás leírása olvasható.

Irodalom

1. Gaál, Cs.(szerk.) (1997). Sebészet. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., pp.639-649, 652.
2. Boyd, M.W. és Tower, B.L. (1998). Belgyógyászati és sebészeti ápolástan. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., pp.139-145.

Az akut hasi megbetegedéssel felvett betegek ellátása osztályunkon

A betegek sürgős műtéti beavatkozást igényelnek, ezért nagyrészt műtét után kerülnek osztályunkra. A betegek elhelyezésük után az állapotuktól függően gépi lélegeztetésben, vagy oxigénterápiában részesülnek. Az orvos előírja a gépi lélegeztetés módját, valamint meghatározza a lélegeztetéshez szükséges paramétereket.

A beteget monitorra helyezzük, a vitális paramétereket folyamatosan ellenőrizzük (pulzus, vérnyomás, a szívritmus, légzés, oxigén szaturáció, hőmérséklet). A páciens állapotától függően az orvos szívtámogató gyógyszereket, illetve egyéb eljárásokat (pl. 12 elvezetési EKG készítése) rendel el.

Ha a beteg keringése és légzése kielégítő, centrális vénát biztosítunk. Az infúziós, az elektrolit, az antibiotikum, valamint a trombolitikus kezelést és a fájdalomcsillapító terápiát személyre szabottan az orvos határozza meg. Ugyancsak az orvos dönt a

vérkép, az ionogramm, valamint a vérgáz kontroll szükségességéről, annak ismétléséről, az elektrolit pótlásról, a vérkészítmények adásáról, illetve a sav-bázis egyensúly helyreállítására irányuló terápiás készítmények alkalmazásáról, illetve az egyéb teendőkről.

Az ápoló folyamatosan figyeli a beteg:

- tudatát
- a keringési és légzési rendszer működését
- a nasogasztrikus szonda vezetőképességét, helyzetét, a gyomortartalom mennyiségét, milyenségét
- a hasi statust, a sebet, a kötést, a drainek vezetőképességét, az ürülő váladék mennyiségét, milyenségét
- a beteg fájdalomérzetét
- a vizelet mennyiségét, milyenségét
- a széklet mennyiségét, milyenségét, a stoma állapotát
- a beteg pszichikumát, valamint a betegség következtében kialakult testkép változást, feszültséget.

Amennyiben a fent megfigyelték valamelyikében is kedvezőtlen változás áll be, az ápoló jelzi az orvos felé a történt változásokat, aki dönt a teendők felől. Ha a beteg állapota instabillá válik, az orvos érkezéséig az ápoló a szükséges eszközöket előkészíti, valamint elkezd a megfelelő beavatkozás-sorozatot a beteg állapotának stabilizálására.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az ápolás hátat fordít a fogyatékosoknak?

Egy amerikai ápolónő 46 éves korában, életpályája csúcsán, agyvérzést kapott. Stroke-túlélőként bekerült egy nem maga választotta, számára teljesen idegen világba, ahonnan nem volt képes menekülni. Szakképzett ápolóként mindig úgy gondolta, hogy katasztrófa és betegség csak másokat érhet. A gyulladás hosszú folyamata és a korábbi életvitelének visszaszerzésére tett erőfeszítései során szembesülnie kellett a diszkriminációval, amellyel nap mint nap találkozott. Ez volt élete legnagyobb kihívása. Egyrészt elvesztette kontrollját saját teste felett, másrészt ápolói identitásának elvesztése és önbecsülésének zsugorodása szinte elviselhetetlen terhet jelentett számára. A mindennapi élet tevékenységeinek újratanulása fáradságos, kemény és kimerítő feladat volt, de szinte eltörpült a mellett az erőfeszítés mellett, amelyet fogyatékkal élő ápolóként való elfogadtatására tett próbálkozásai jelentettek. A fogyatékossgal kapcsolatos előítéletek és téves elképzelések leküzdése óriási feladatot jelentett, amellyel meg kellett birkóznia életének „visszaszerzése” érdekében. A felépülésének testi rehabilitációra fordított két éve elteltével úgy érezte, nagyobb kalandba vághat. Meg volt győződve arról, hogy 18 éves ápolói tapasztalatával és végzettségével (mesteri fokozat ápolásból), könnyen visszamehet korábbi világába és folytathatja korábbi életét, mintha csak egy kis kitérőt tett volna. A masszív cerebrovaszkuláris történés következtében mozgási problémái, beszéd nehézségei és részleges kognitív deficitjei maradtak, ennek ellenére nem gondolt úgy magára, mint egy fogyatékosra. Jóllehet nem volt már képes a hosszú kórházi folyosókon végig sietni és kezei sem úgy működtek villámsebessen, a fogyatékossg egy egyedi ajándékot adott neki. Ez volt az empátia és az érzékenység adottsága, amely képessé tette arra, hogy speciális kapcsolatot létesítsen családokkal és betegekkel, és meg tudja velük beszélni, mit is jelent krónikus betegnek lenni. Tűnjék bár butának, nem tekintett úgy saját magára, mint akinek bármilyen korlátozottsága lenne. Úgy érezte, hogy szinte határtalan képességekkel rendelkezik arra, hogy pozitívan járuljon hozzá az ápoláshoz és a betegek életéhez. De nem ez történt. Amikor megpróbált visszakerülni az ápolói munkaerőbe úgy, hogy ápolástudományi egyetemi tanulmányokat folytasson, amelyek végeztével önállóan dolgozó szakápoló lesz és önálló praksist indíthat, szinte frontális ütközés erejével szembesült a fogyatékosokkal szemben tanúsított diszkriminációval. Fogyatékosként megpróbálva folytatni a tanulmányait, számtalan akadály tornyosult előtte: a parkolóhelytől az egyetemig több háztömbnyi távolságot kellett megtenni, a klinikai rotációs munkához naponta többször egy órát kellett utazni, az egyik tantárgyból 2 órás szóbeli prezentációt kellett tartani. Az órákra való felkészülés kimerítette. Az egyetem fogyatékosügyi hivatalához fordult, ahol elutasították kérését, hogy közelebb parkolhasson – a közelebbi helyek az egyetem oktatóinak voltak fenntartva -, hogy megváltoztassák a klinikai gyakorlati órákat, és hogy más módon számolhasson be – ha felmentenék a szóbeli beszámolás kötelezettsége alól, ezzel igazságtalan előnyhöz juttatnák más hallgatókkal szemben. Az egyetem tehát érzéketlensége és az ésszerű változtatások elvégzésének megtagadása révén lehetetlenné tette, hogy ott elvégezze az önállóan praktizáló egyetemi diplomás ápolói képzését.

Történt mindez a 21. század Amerikájában, ahol törvény garantálja a fogyatékosok jogait, amikor számtalan lehetőség kínálkozik arra, hogy megkönnyítsék a fogyatékosok részvételét az oktatásban (a távoktatás, az Internet, a tantermi előadások videóra rögzítése vagy hangszalagra rögzítése stb.). A jogi szabályozás ellenére a diszkrimináció igen finom formáit továbbra is alkalmazzák. Az állások kiírásánál is olyan feltételeket szabnak, amelyeknek egy testi fogyatékos nem tud eleget tenni, jóllehet egyébként alkalmas lenne az állás betöltésére (például egy klinikai irányelv-koordinátortól a képzettség-végzettség-tapasztalat mellett apró betűvel jelölt kíváncsi, hogy képes legyen nagy távolságokat gyalogolni.)

Az ápolásoktatók és –vezetők kreatív módszereket alkalmazhatnak a fogyatékos személyek segítésére. A szerző végül felhívja az ápolásoktatók és a döntéshelyzetben lévő ápolók figyelmét arra, hogy fontolják meg, milyen módosításokkal vagy apró változtatásokkal lehetne esetleg egy fogyatékos személyt felvenni egy megüresedett állásba. De mindenek előtt azt kéri, hogy ne feledjék a fogyatékos ápolók számára webhelyet (Exceptional Nurses) működtető ápolástudományi docens figyelmeztetését: „Bármelyikünket akár néhány másodperc múlva érhet valami, ami fogyatékos okoz.”

Topics in Advanced Practice Nursing eJournal 3(1),2003. Megjelent 2003. január 30-án.)