



A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede



Szerkesztette:

Dr. Németh Anikó
Ujhelyiné Papp Teréz
Irinyi Tamás

2004 – 2014

[ISBN 978-615-80323-1-5](https://doi.org/10.1007/978-615-80323-1-5)



Tartalom

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet 2004-es, 2007-es, 2011-es megalakulása	11
Pro Curatio Valetudine díj.....	21
Kamarai elismerések	23
Díjtáblázat	24
Egyéb kamarai tevékenységek	32
Nyelvtanfolyamok	32
Bálok.....	32
Jogi segítség.....	33
Kamarai nagygyűlések.....	33
2008. január 26	33
2012. március 3.	35
Kutatási tevékenység	39
MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet tisztségviselőinek, választott képviselőinek 2014. december 31-i állapot szerinti szakmai önéletrajzai.....	50
Baloghné Fűrész Veronika.....	50
Banga Béla Erik.....	50
Dékány Nóra	50
Farkas Rózsa.....	51
Gyengéné Tarnawa Gabriella	51
Iryni Tamás.....	51
Kis Tamás Lászlóné.....	51
Kiszel Attila István	52
Kovácsné Mátó Edit.....	52
Dr. Németh Anikó.....	52
Török Jánosné	53
Törökné Kátai Edina.....	53
Somogyi Katalin	53
Dr. Szilágyiné Gál Eszter.....	53
Ujhelyiné Papp Teréz.....	54
Varga Sándorné.....	54
A Csongrád Megyei Területi Szervezet oktatási tevékenysége 2007-től 2014-ig.....	55
2007-től szervezett önálló továbbképzések időrendben.....	55
Sürgősségi betegellátástól a rehabilitációig.....	55
Az újraélesztés aktuális kérdései	55
Szakdolgozói teammunka a cukorbetegség ellátásában.....	56

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Az újszülöttek korai hazaadása kapcsán felmerülő problémák a területi gyermekgyógyászati alapellátásban.....	56
Szakdolgozók helye és szerepe az akut szívizominfarktus korszerű ellátásában	56
A hospice-ellátás elméleti és gyakorlati	56
Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során.....	57
MRSA fertőzés okozta napi kihívások szakdolgozói szemmel	57
A fájdalomról fájdalommentesen.....	57
Négy új terápiás ellátás az egészségügyben.....	58
Hogyan oktassunk?	58
Kendőzetlenül a halálról és a gyászról.....	58
Új vesével élni	59
Mit rejt a pohár feneké? Avagy az alkoholbetegségről.....	59
Pre és posztanalitika az orvosi laboratóriumban.....	59
Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése.....	59
Híd a szájüregi egészséghez	60
Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai	60
Korunk népbetegségei.....	60
A szakdolgozói hivatás színes világa.....	60
Koponyaűri vérzések az észleléstől a rehabilitációig	61
Minden, amit az ápolási folyamatról és a dokumentációról tudni érdemes.....	61
Fejezetek a sürgősségi ellátás témaköréből	61
Sokszínű diétetika	61
Sokszínű diétetika – a közétkeztetéstől a sporttáplálkozásig.....	62
Természetesen – Természetgyógyászattal	62
A gyermekgyógyászat speciális területei.....	62
Előadások teljes szövege.....	63
A sürgősségi betegellátástól a rehabilitációig.....	63
Borsos Ildikó: Korunk népbetegsége a hipertónia	63
Korbay Istvánné: Hogyan tovább otthoni szakápolás?.....	66
Vecsernyés Erzsébet: A krónikus légzőszervi betegek komplex rehabilitációs programjának bemutatása	67
Az újraélesztés aktuális kérdései	71
Dr. Németh Anikó: Az újraélesztés története	71
Mracsó Valéria: A gyermek-újraélesztés ápolási vonatkozásai	74
Ivánkovits László: Újraélesztés sürgősségi helyzetekben	77
Szakdolgozói teammunka a cukorbetegség ellátásában	80
Kubányi Jolán: Glikémiás index.....	80

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Az újszülöttek korai hazaadása kapcsán felmerülő problémák a területi gyermekgyógyászati alapellátásban	83
Prof. Dr. Orvos Hajnalka: Korai hazaadás újszülöttszályról.....	83
Szakedolgozók helye és szerepe az akut szívizominfarktus korszerű ellátásában	85
Dr. Németh Anikó: Az atherosclerosis kialakulásának folyamata	85
Vecsernyés Erzsébet: Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja	86
Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során.....	88
Dr. Németh Anikó: Az ápolás etikai vonatkozásai	88
Barnáné Turcsoki Andrea: Szakedolgozóktól elvárt etikai viselkedés, etikai normák	90
Farkas Rózsa: Vallás és egészségügyi ellátás	93
MRSA fertőzés okozta napi kihívások szakedolgozói szemmel	94
Farkas Rózsa: Gyakorlati feladatok multirezisztens kórokozók által okozott légzőrendszeri fertőzések esetén	94
A fájdalomról fájdalommentesen	95
Dr. Németh Anikó: A fájdalom élettana	95
Iryni Tamás: A fájdalom hatása a pszichére, illetve a személyiségre, avagy értsük meg jobban a fájdalom okozta lelki kínokkal küszködőket	97
Lévainé Bodrogi Klára: Akut fájdalmak gyógyszeres csillapítása.....	101
Rónyai Edit: A fájdalomcsillapítás lehetőségei a fizioterápia módszereivel	105
Hogyan oktassunk?.....	108
Dr. Németh Anikó: A betegoktatás irányelvei	108
Hrabovszki Antalné: Csontritkulás, a „néma járvány”	110
Iryni Tamás: A szakedolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban.....	113
Farkas Rózsa: Lehetőségek a légzőszervi betegek egészségfejlesztésében	117
Kendőzetlenül a halálról és a gyászról	118
Dr. Németh Anikó: A halállal kapcsolatos attitűdök és ezek változásai a történelem folyamán	118
Kojnok Tünde: Haldokló betegek ellátásának szellemisége	120
Iryni Tamás: A gyászreakciók jellemrajza.....	123
Új vesével élni	128
Dr. Gyura Erika, Prof. Dr. Molnár Zsolt: <i>A donorrá nyilvánítás etikai dilemmái</i>	128
Kiszel Attila István: A donorgondozás szakápolói feladatai.....	131
Pre- és posztanalitika az orvosi laboratóriumban	134
Iryni Tamás: A laboratóriumban kívüli preanalitikai lépések és hatásuk a vizsgálatra küldött minták minőségére	134
Sütő Dávid: Orvosi laboratóriumban belüli preanalitikai folyamatok	139
Sütő Dávid: Interferáló tényezők hatása a laboratóriumi eredmények értelmezésére.....	142
Lókiné Farkas Katalin: Posztanalitikai folyamatok az orvosi laboratóriumban, az eredményközlés felelőssége, autovalidálási folyamatok.....	146

Dr. Sántháné Dr. Araczkai Ágnes: Pre- és posztanalitikai folyamatokban alkalmazott minőségi indikátorok jelentősége.....	149
Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése.....	152
Dr. Németh Anikó: Sebek típusai, a sebgyógyulás folyamata	152
Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei.....	154
Boros Katalin Gyöngyi: Az akut sebellátás szakdolgozói feladatai	160
Híd a szájüregi egészséghez	163
Kojnok Tünde: Akut helyzetek a fogászati rendelőben.....	163
Varga Csabáné: Korszerű anyagok a fogászatban	166
Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai	169
Dr. Petrovsné Ráti Lilla: Életmód-tanácsadás és terápia és a természetgyógyászati társszakmák kapcsolódásai.....	169
Farkas Rózsa: Mozgásterápia és a rehabilitáció kapcsolata	173
Irinyi Tamás: Fényterápia reflektorfényben	175
Korunk népbetegségei.....	179
Rácz Zsuzsanna: Tények és tévhitek a depresszióról	179
Benkóné Szenteczki Magdolna: Diabetes és diéta	182
Fekete Lászlóné: A diabetes szövődményeinek megelőzése.....	183
Fekete Linda: Virtuális colonoscopia	186
A szakdolgozói hivatás színes világa.....	189
Rácz Szilvia: A reklám hatása a vény nélküli gyógyszerek forgalmára	189
Rácz Zsuzsanna: Az első benyomás hatalma	192
Kaszás Imre: Amit a CT-ről és az MR-ről tudni érdemes	195
Bozóki Hajnalka: Az akut mélyvénás trombózis kezelése	199
Koponyaűri vérzések az észleléstől a rehabilitációig	202
Rácz Tibor: Stroke és koponyaűri vérzések a mentőellátás területén.....	202
Rónyai Edit: Vérzéssel agyi történés utáni mozgásterápia szempontjai.....	205
Szupera Enikő: A prevenció szinterei a szüléstől a kockázati tényezőkön át az agyi érkatasztrófáig	208
Minden, amit az ápolási folyamatról és a dokumentációról tudni érdemes.....	210
Dr. Németh Anikó: Az ápolási folyamat elmélete.....	210
Hasznosné Bankó Ágnes: Ápolási folyamat egy konkrét eset kapcsán.....	213
Babarci Ágnes: Betegazonosítás, a beteg transzport-dokumentációja az egészségügyi ellátás során	218
Kiszel Attila István: Intenzív dokumentálás az intenzív osztályon	221
Fejezetek a sürgősségi ellátás témaköréből	225
Horváth Ádám: Betegellátási, megfigyelési protokoll	225
Bakacsi Katalin: Sürgősségi betegellátás gyermekkorban	227
Baloghné Fűrész Veronika: A sürgősségi fogamzásgátlás	231
Sokszínű diétetika	233

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Gyüre Eszter: Táplálkozási zavarok a dietetikus szemével.....	233
Kun Judit: A dietetikus szerepe az otthoni hospice ellátásban.....	236
Tóthné Restár Tünde: Az egészséges táplálkozás irányelvei	239
Bakosné Kopasz Szilvia: Divatos étrendek, fogyókúrák	241
Lehóczki Bettina: Alternatív táplálkozási formák.....	244
Sokszínű dietetika – közétkeztetéstől a sporttáplálkozásig	247
Benkóné Szenteczki Magdolna: Az egészséges táplálkozás irányelveinek megvalósulása napjaink közétkeztetésében	247
Tápainé Szabó Anikó: Coeliakia kezelése – Gluténmentes étrend	250
Lada Szilvia: Génmódosított élelmiszerek.....	252
Tóthné Restár Tünde: Az elhízás – túlsúly a dietetikus szemével	256
Lada Szilvia: Sporttáplálkozás	258
Természetesen – természetgyógyászattal	262
Hasznosné Bankó Ágnes: Együtt, egymás mellett vagy egymással szemben – avagy gondolatok a konvencionális orvoslás és a természetgyógyászat alkalmazásáról.....	262
Győri Ilona: Radiesztézia és az emberi test energiarendszerének bemutatása, összefüggéseik, kölcsönhatásaik	265
Szekerczés Norbert: A köpölyözés ősi gyógymódja modern időkben	269
Dr. Petrovna Ráti Lilla: Fülakupunktúrás addiktológia és a szenvedélybetegségekkel való kapcsolata	271
Tanurdsity Istvánné: Kvantumfizika, tudatos, tudat alatti gondolkodás, kommunikáció hatása az ápolásban	274
A gyermekgyógyászat speciális területei	279
Fekete Linda: A gyermekbántalmazás radiológiai profilja és jogi relevanciái	279
Gyüre Eszter: A „gyermekbántalmazás” és a táplálkozás kapcsolata.....	282
Bakacsi Katalin ápoló: Esetbemutatás: a Ring-Sling szindróma egyike a ritkán előforduló veleszületett fejlődési rendellenességeknek	285
Az előadók rövid szakmai önéletrajzai	289
Babarci Ágnes.....	289
Baloghné Fűrész Veronika.....	289
Bakacsi Katalin	289
Bakosné Kopasz Szilvia.....	289
Barnáné Turcsoki Andrea	289
Benkóné Szenteczki Magdolna.....	289
Boros Katalin Gyöngyi	290
Borsos Ildikó.....	290
Bozóki Hajnalka	290
Farkas Rózsa	290
Fekete Lászlóné	290
Fekete Linda Gabriella.....	291

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Győri Ilona	291
Gyüre Eszter.....	291
Horváth Ádám.....	291
Hasznosné Bankó Ágnes.....	291
Hrabovszki Antalné.....	292
Irinyi Tamás	292
Ivánkovits László	292
Kaszás Imre.....	292
Kiszel Attila István.....	292
Kojnok Tünde	293
Korbay Istvánné	293
Kubányi Jolán	293
Kun Judit.....	293
Lada Szilvia.....	293
Lehóczki Bettina	294
Lévainé Bodrogi Klára.....	294
Lókiné Farkas Katalin.....	294
Mracskó Valéria.....	294
Dr. Németh Anikó.....	294
Dr. Orvos Hajnalka	295
Dr. Petrovne Ráti Lilla	295
Rác Szilvia.....	295
Rác Zsuzsanna.....	295
Rónyai Edit	295
Sütő Dávid.....	296
Dr. Sántháné Dr. Araczkai Ágnes.....	296
Szekerczés Norbert.....	296
Szupera Enikő	296
Tanurdsity Edit.....	296
Tápainé Szabó Anikó	297
Tóthné Restár Tünde.....	297
Varga Csabáné	297
Vecsernyés Erzsébet Erika	297
Absztraktok	298
Sürgősségi betegellátástól a rehabilitációig.....	298
Banga Béla Erik: A SZMJVŐ Kórház sürgősségi betegellátó osztály betegadminisztrációjának minőségbiztosítási változásai a 2003-as megnyitás óta, tapasztalatok, jövőbeni tervek	298

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Török Jánosné: Folyamatosan képzett ápolótól minőségi munka várható	298
Az újraélesztés aktuális kérdései	298
Dr. Kiss Judit: Etikai és jogi szempontok az újraélesztés során.....	298
Lunk Henrietta: Magyar Resuscitációs Társaság 2006. évi felnőtt alap szintű (BLS) és emelt szintű (ALS) újraélesztési irányelvei	299
Szakedolgozói teammunka a cukorbetegség ellátásában.....	299
Pál Irén Veronika: A diabetes mint cardiovascularis kockázati tényező szakdolgozói szemmel	299
Illésné Pál Erzsébet: A cukorbetegség szövődményei, a cukorbeteg oktatásának fontossága	300
Kissné Galamb Julianna: Az inzulinpumpa szerepe a diabetes szövődményeinek megelőzésében	301
Császárné Mészáros Ildikó: Étrendi tanácsok cukorbetegség számára.....	301
Az újszülöttek korai hazaadása kapcsán felmerülő problémák a területi gyermekgyógyászati alapellátásban	301
Lévai Lászlóné: A védőnői felelősségvállalás átalakulása a gyermekgyógyászati alapellátás megváltozott keretei között	301
Dr. Szabó Hajnalka: Koraszülöttek hazaadásával kapcsolatosan felmerülő problémák	302
Tobak Orsolya: A védőnő feladatai a korai hazaadást követő napokban.....	302
Dr. Karg Eszter PhD: Újszülöttkori anyagcsere-betegség szűrővizsgálatai.....	302
Szakedolgozók helye és szerepe az akut szívinfarktus korszerű ellátásában	303
Túri Mihály: Heveny szívinfarktusos beteg prehospitalis sürgősségi ellátása	303
Banga Béla Erik: Intervenciós beavatkozást igénylők betegútja a felvételtől a haemodinamikai laborig	303
Nógrádi Erika: Percutan coronaria intervenció (PCI)	303
Kovács Gyöngyi: Az ACS-s, intervención átesett betegek ápolása	304
A hospice ellátás elméleti és gyakorlati alapjai.....	304
Kojnok Tünde: A hospice fogalma, szellemisége	304
Dr. Németh Anikó: Klinikai ismeretek I.	304
Dr. Németh Anikó: Klinikai ismeretek II.	305
Dr. Németh Anikó: A halál, haldoklás pszichológiai jellemzői	305
Dr. Németh Anikó: A gyász	305
Kristóf Csaba: Terminális betegek ellátásának jogi és etikai kérdései.....	306
Irinyi Tamás: Kommunikáció	306
Irinyi Tamás: Stressz, stresszkezelés, konfliktuskezelés.....	306
Monostori Dóra: Veszteségek útjai I.	306
Monostori Dóra: Veszteségek útjai II.	307
Monostori Dóra: Veszteségek útjai III.	307
Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során.....	307
Banga Béla Erik: Betegjogok az egészségügyi ellátásban, valamint tájékoztatás az ellátás során	307

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Lunk Henrietta: Eutanáziával kapcsolatos állásfoglalások.....	308
MRSA fertőzés okozta napi kihívások szakdolgozói szemmel	308
Nagyné Dósa Éva: Mit kell tudni az MRSA-ról?.....	308
Toroczka Gyöngyi: Az MRSA-fertőzések elleni védelem sebészeti osztályon	309
Túriné Zabos Erika: MRSA-pozitív betegek ellátása infektológiai osztályon	309
Kollárné Hám Éva: A gyermekek megvédhetők az MRSA-fertőzéstől?	310
Banga Béla Erik: Az MRSA és terjedése elleni védelem helyzete a szegedi egészségügyi ellátó rendszerben.....	310
A fájdalomról fájdalommentesen.....	311
Kristóf Csaba: Krónikus fájdalmak csillapítása	311
Négy új terápiás ellátás az egészségügyben.....	311
Prof. Dr. Borbényi Zita: Az őssejt-transzplantáció lényege	311
Farmasi Henrietta: Az őssejt-transzplantáció ápolói vonatkozásai	312
Dr. Rovó László: Indikációs területbővítés Magyarországon a BAHA (Bone Anchored Hearing Aid) implantációban: Szegeden megtörtént az első felnőttkorban végzett beültetés	312
Farkas Lajos: Hallókészülékem története	312
Ungi Lászlóné: Az ápoló szerepe a psoriasis vulgarisban szenvedő betegek biológiai terápiájának alkalmazása során, különös tekintettel a Remicade-terápiára	313
Dr. Gyulai Rolland: Biológiai terápiák alkalmazása pikkelysömörben.....	313
Hogyan oktassunk?.....	313
Kovács Éva: A betegoktatás jelentősége a cukorbetegségben.....	313
Kristóf Csaba: Neuropathiás betegek oktatása	314
Kendőzetlenül a halálról és a gyászról.....	314
Lantos Katalin: A haldoklás pszichológiai stádiumai, a haldokló betegek pszichés támogatása a beteg haldoklásának időszakában	314
Monostori Dóra: A gyermek halálképének és gyászfelfogásának változása az életkor folyamán	315
Kristóf Csaba: Terminális stádiumban lévő betegek ellátásának jogi és etikai kérdései.....	315
Új vesével élni	315
Dr. Szederkényi Edit: A vesetranszplantáció alapjai.....	315
Dán Andrásné: Transzplantált betegek oktatása.....	316
Katona Zsolt: Veseátültetésem története	316
Mit rejt a pohár feneké? Avagy az alkoholbetegségről leplezetlenül	317
Bodóné Rafael Beatrix: Az alkohol rabságában.....	317
Nikovics Balázs: OMSZ ellátás akut alkoholbefolyásolt és alkoholbetegek esetén.....	317
Banga Béla Erik: Az alkoholbetegek és intoxikált betegek sürgősségi ellátása.....	318
Katona Enikő: Az alkoholmegvonásos szindrómákról ápolói szemmel	318
Szűcs Beáta: Alkoholista beteg anesztéziai vonatkozásai	319
Török Mónika: Az alkoholizmus és a szociális süllyedés	319
Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése.....	319

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Arany Ida: A decubitus ellátásának általános elvei.....	319
Móricz János: A modern (nedves sebkezelő) termékek indikációi és alkalmazásának módjai.....	320
Híd a szájüregi egészséghez	320
Bácsfalusi Katalin: A legmodernebb eljárások a képi diagnosztikában.....	320
Hódi Annamária: A biofogászat térhódítása napjainkban.....	321
Idovika Bettina: Prevenció a családtervezéstől felnőttkorig	321
Dr. Németh Anikó: Élménybeszámoló – Implantáció beültetésének története.....	322
Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai	322
Dr. Németh Anikó: A mágnes hatása a szervezetre	322
Ménesiné Barta Valéria: Fitoterápia alapjai	322
Szabóné Tóth Edit: Reflexológia	323
Korunk népbetegségei	323
Baranyi Csaba: Diabeteses betegek ellátása – Csapatban az aktív életért.....	323
A szakdolgozói hivatás színes világa	323
Vecsernyés Erzsébet: Tudnivalók, aktualitások a véralvadásgátló kezeléstről	323
Varga Mónika: A kompressziós terápia jelentősége a klinikumban	324
Koponyaűri vérzések az észleléstől a rehabilitációig!	324
Banga Béla Erik: Koponyaűri vérzéses állapotok okai, ellátása – sürgősségi szemlélet	324
Botyánszky Márta: Az intracranialis aneurysmák endovascularis ellátása	325
Kovács Árpád: SAH-Stroke aneszteziológiai vonatkozása a műtéti vagy invazív radiológiai ellátás során.....	325
Benyó Lajos: Koponyaűri vérzések intenzív ellátásának sajátosságai műtétig és a műtétek utáni intenzív szakápolás.....	325
Minden, amit az ápolási folyamatról és a dokumentációról tudni érdemes.....	326
Kristóf Csaba: Az ápolási dokumentáció vezetésének jogi háttere	326
Fejezetek a sürgősségi ellátás témaköréből.....	326
Pukánszky Judit: Hirtelen bekövetkező trauma lelki hatásai	326
Banga Béla Erik: Sürgősségi labordiagnosztika, differenciáldiagnosztika és szakdolgozói aspektusai	327
Sokszínű dietetika.....	327
Pukánszky Judit: Az evészavarok pszichológiai megközelítése	327
Természetesen – Természetgyógyászattal.....	328
Bodó Zoltán: Stressz legyőzése 3 lépésben természetgyógyászati módszerekkel	328
A gyermekgyógyászat speciális területei	328
Lantos Katalin: Gyermekbántalmazás jellemzői és felismerésének lehetőségei.....	328
Kristóf Csaba: Gyermek az otthoni szakápolásban	328
Egyéb, megrendezett továbbképzések	329

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet 2004-es, 2007-es, 2011-es megalakulása

A kilencvenes évek elejétől több szakmai szervezet fogott össze annak a közös célnak a megvalósítása érdekében, hogy legyen önálló kamarája az egészségügy területén dolgozó szakdolgozóknak. 1995-ben létrejött a Kamarai Előkészítő Bizottság, amelynek tevékenysége kapcsán 1997-ben született egy konszenzusos megállapodás, melyet nyolc szakmai érdekképviseleti szervezet írt alá.

A Magyar Országgyűlés 2003. október 20-án elfogadta a 2003. évi Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaráról szóló LXXXIII. törvényt, mellyel elismerte az egészségügyi szakdolgozók jogát a szakmai önkormányzashoz. A törvény hatálybalépését – 2003. december 6. követően – haladéktalanul elkezdődött az alulról építkező Kamara megalakulásához szükséges munkálatok szervezése. A Magyar Ápolási Egyesület és az Egészségügyi Dolgozók Együttműködési Fóruma közreműködésével megalakult a szervező bizottság. Az alakuló küldöttgyűlésbe 29 szakmai szervezet delegált küldötteket.

2004. március 4-én az alakuló küldött közgyűlés hivatalosan is létrehozta az egészségügyi szakdolgozók kamaráját. Elfogadásra került az ideiglenes Alapszabály és megválasztották az ideiglenes tisztségviselőket.

2004. április 1-jén kerültek megválasztásra a területi szervezők és tagozatszervezők. Csongrád megyében dr. Szabóné Bálint Ágnes kapott megbízást a területi szervező feladatra. Ujhelyiné Papp Teréz a területi tagozatszervező lett.

2004. április 15-én megalakult a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervező Bizottság

Tagjai:

- **Dr. Csanádi Lajosné** Centrum főnövér
SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Szeged
- **Varga Sándorné** szakoktató
SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Szeged
- **Dr. Szabóné Bálint Ágnes** területi szervező
SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Szeged
- **Hajdú Józsefné** ápolási igazgató
Erzsébet Kórház-Rendelőintézet, Hódmezővásárhely
- **Márton Jánosné** ápolási igazgató
Területi Kórház, Szentes
- **Dr. Zádoriné Sós Katalin** ápolási igazgató
Dr. Diósszegi Sámuel Kórház-Rendelőintézet, Makó
- **Lőrinczné Vecsernyés Erzsébet** ápolási igazgató
Tüdőkórház, Deszk
- **Tóth Csilla** ápolási igazgató
Szeged Megyei Jogú Város Kórháza, Szeged

- **Ördög Józsefné** ápolási igazgató
Vakok Intézete, Szeged
- **Arany Ida** városi vezető főnövér
ÁNTSZ Csongrád Megyei Intézete
- **Kovácsné Mátó Edit** fizioterápiás asszisztens
Vasútegészségügyi KHT, Szeged
- **Dr. Madácsiné Siskó Terézia** védőnő
Szeged
- **Ujhelyiné Papp Teréz** tagozatszervező
Szeged Megyei Jogú Város Kórháza, Szeged

Az első és legfontosabb feladata a szervezőknek a beérkezett tagfelvételi kérelmek feldolgozása volt. A feltételeket a szervezőknek kellett kialakítani gyakorlatilag a semmiből. Az adatrögzítéshez az ETI országos nyilvántartásához kaptak hozzáférési lehetőséget az adatrögzítők. Több mint 3000 jelentkezőt kellett nyilvántartásba venni két hét alatt. A kézzel pontatlanul, hiányosan kitöltött adatlapokkal igen nehezen sikerült csak az adatbázist létrehozni.

A MESZK megyei kialakítását hátráltatta, hogy dr. Bálintné Szabó Ágnes lemondott területi szervezői tisztségéről. 2004. május 25-től Mészáros Gyuláné kapott megbízást a területi szervező feladatra. 2004 júliusában alakultak meg a Csongrád megyei helyi szervezetek. Megválasztották a helyi elnököt és alelnököt, valamint a területi küldötteket, és javaslatot fogadtak el a fizetendő tagdíj összegéről.

Makó 2004. július 19.

elnök: **Dr. Szilágyiné Gál Eszter**

alelnök: **Bartsch Eszter**

Szeged 2004. július 21.

elnök: **Balogh Dénes**

alelnök: **Laukó Krisztina**

A taggyűléssel kapcsolatban törvényességi óvás érkezett az ideiglenes országos elnökséghez, ezért a taggyűlés ismét összehívásra került 2004. augusztus 19-ére. A megismételt taggyűlésen az elnök és alelnök személye nem változott.

Szentes 2004. július 27.

elnök: **Török Jánosné**

alelnök: **Kis Tamásné**

Hódmezővásárhely 2004. július 30.

elnök: **Törökné Kátai Edina**

alelnök: **Fodorné Csárádi Zsuzsanna**

A Csongrád Megyei Területi Szervezet alakuló küldöttgyűlése 2004. szeptember 10-én megválasztotta tisztségviselőit és az országos küldötteket.

elnök: **Irinyi Tamás**

általános alelnök: **Ujhelyiné Papp Teréz**

alapellátási-alelnök: **Murvainé Batári Erika**

fekvőbeteg-ellátási alelnök: **Bíróné Mészáros Edit**

járóbeteg-ellátási alelnök: **Kódor Mónika**

elnökségi tagok: **Farkas Rózsa**

Ördög Józsefné

Pálfia Istvánné

Sipos Krisztina

etikai bizottság elnöke: **Piri Mára**

etikai bizottság tagjai: **Antalfiné Varga Julianna**

Dóka Ilona

Ferenczy Zoltánné

Forgó Ferencné

Lévainé Bodrogi Klára

Tamás Lászlóné

számvizsgáló bizottság elnöke: **Benák Istvánné**

számvizsgáló bizottság tagjai: **Batyik Andrásné**

Dékány Nóra

Farkas Gabriella

Fekete Ágnes

jogi és érdekegyeztető bizottság elnöke: **Dvornik László**

jogi és érdekegyeztető bizottság tagjai: **Kisné Magyar Katalin**

Szabóné Tóth Irén

Szűcs Károly

Vass Márta

választási bizottság elnöke:

Kovácsné Mátó Edit

választási bizottság tagjai:

Dr. Lábodi Lászlóné

Dr. Madácsyné Siskó Terézia

Gyenge Éva

Kosztolányi Ferencné

országos küldöttek:

Balogh Dénes

Beregszászi Zsuzsanna

Dorogi Magdolna

Hajdú Józsefné

Irinyi Tamás

Kovács József Ferencné

Piri Mária

Specker Veronika

A MESZK helyi és területi szervezetei kialakításával együtt megkezdődött a területi szakmai tagozatok szervezése. A szakmai tagozatok a MESZK-nek, az azonos szakterületen egészségügyi szakdolgozói tevékenységet végző kamarai tagok speciális szakmai tevékenységének elősegítésére és szakmai érdekeinek képviselésére létrehozott, önálló jogi személyiséggel nem rendelkező szervei. A területi szakmai tagozat megalakulásának feltétele volt, hogy legalább 20 fő írásban jelezze szándékát a tagozat megalakításáról.

A MESZK Csongrád Megyei Területi Elnöksége az alábbi tagozatok létrejöttéről hozott határozatot:

Felnőttápolás

elnök: **Dr. Szabóné Bálint Ágnes**

Gyermekápolás

elnök: **Kovácsné Szántó Zsuzsanna**

Aneszteziológiai-Intenzív ápolás

elnök: **Kovács Lászlóné**

Gyógyszertári asszisztens

elnök: **Kotsis Andrea**

In-vitro labordiagnosztika

elnök: **Daruné Péterffy Andrea**

Mentésügy

elnök: **Szabó György**

Gyógytorna-fizioterápia

elnök: **Thékes Lászlóné**

Műtőszolgálat

elnök: **Balassi Tiborné**

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Védőnő	elnök: Dr. Madácsyné Siskó Terézia
Szülésznő	elnök: Bársony Jenőné
Dietetikus	elnök: Domonkos Rita
Közegészségügyi-járványügyi	elnök: Gyenes Gábor
Pszichiátriai ápolás	elnök: Baranyi Anikó
Szociális	elnök: Ördög Józsefné

2004. október 26-án a MESZK Országos Küldöttgyűlése elfogadta az Alapszabályt, megválasztotta országos tisztségviselőit és a bizottságokat. Csongrád megyéből **Ungi Lászlóné** az Országos Felügyelő Bizottság, **Kovácsné Mátó Edit** az Országos Választási Bizottság tagja lett.

A Csongrád Megyei Területi Szervezet a Szeged, Párizsi krt. 30. szám alatt kezdte meg a munkát. A területi szervezet első irodavezetője: **Kisteleki Iлона**, titkára: **Ötvösné Dékány Anita**, könyvelő: **Bánkuti Klára**.

2005 decemberében a Területi Szervezet új székhelyén, Szeged, Moszkvai krt. 4. sz. alatt folytatta munkáját, ahol az irodavezető személye Joó Ildikó lett, aki a mai napig is ellátja ezt a feladatot.

A MESZK Szegedi Helyi Szervezet elnöki és alelnöki tisztségéről lemondott tisztségviselők helyett a 2006. március 21.-én megtartott küldöttgyűlés megválasztotta új tisztségviselőit:

elnök:	Farkas Rózsa
alelnök:	Banga Béla Erik

Az Országgyűlés 2006. évi XCVII. törvény elfogadásával megszüntette a kötelező kamarai tagságot. A törvény értelmében immár önkéntes alapon 2007. április elsejétől újra megalakult a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. A törvényalkotó új választások kiírását is elrendelte. Csongrád megyében hozzávetőleg a szakdolgozók fele, vagyis 2050 fő nyilatkozott arról, hogy tagja kíván lenni az önkéntes szakdolgozói kamarának.

Újraalakultak a helyi szervezetek:

Hódmezővásárhely

elnök:	Törökné Kátai Edina
alelnök:	Somogyi Katalin

Makó

elnök:	Dr. Szilágyiné Gál Eszter
alelnök:	Ráczné Kiss Iлона

Szeged

elnök: **Farkas Rózsa**
alelnök: **Banga Béla Erik**

Szentes

elnök: **Török Jánosné**
alelnök: **Kis Tamásné**

Újraalakult a területi szervezet 2007. május 16-án.

elnök: **Iryni Tamás**
általános alelnök: **Ujhelyiné Papp Teréz**
alapellátási alelnök: **Murvainé Batári Erika**
fekvőbeteg-ellátási alelnök: **Bíróné Mészáros Edit**
járóbeteg-ellátási alelnök: **Kódor Mónika**

etikai bizottság elnöke: **Varga Sándorné**
etikai bizottság tagjai: **Ferenczy Zoltánné**
Kisné Magyar Katalin
Piri Mária
Tamás Lászlóné

számvizsgáló bizottság elnöke: **Dékány Nóra**
számvizsgáló bizottság tagjai: **Gyengéné Tarnawa Gabriella**
Dr. Madácsyné Siskó Terézia
Rácz Nikolett
Ökrös Lászlóné

választási bizottság elnöke: **Kovácsné Mátó Edit**
választási bizottság tagjai: **Bakai Erzsébet**
Sarnyai Gyöngyi

oktatási bizottság tagjai: **Dóka Ilona**
Károlyi Pál
Lunk Henrietta

Dr. Madácsyné Siskó Terézia

Dr. Szabóné Bálint Ágnes

Dr. Szalainé Péter Ildikó

Teleki Éva

oktatási bizottság póttagja:

Domján Gabriella Adél

Győri Ilona

Németh Anikó

Rácz Nikoletta

Somogyi Istvánné

Az oktatási bizottság első ülésére (2007. június 20.) minden megválasztott tag és póttag meghívást kapott. 50%-os megjelenés mellett a jelenlévők egyhangúan megszavazták Németh Anikót vezetőnek. A bizottság további üléseire minden tag és póttag meghívást kapott. 2007. november 14-én felállt a végleges bizottság az alábbi tagokkal: dr. Szabóné Bálint Ágnes, Domján Gabriella Adél, Lunk Henrietta, dr. Szalayné Péter Ildikó, Monostori Dóra, Somogyi Istvánné. 2009-től a 2011-es újjáalakulásig az Oktatási Bizottság munkáját a Bizottság elnöke egyszemélyben látta el.

országos küldöttek:

Banga Béla Erik

Batári Erika

Dorogi Magdolna

Irinyi Tamás

Hajdú Józsefné

Specker Veronika

Piri Mária

Újraalakultak a területi szakmai tagozatok:

Felnőttápolás

elnök: **Dorogi Magdolna**

Gyermekápolás

elnök: **Ciocanel Emília**

Aneszteziológiai-Intenzív ápolás

elnök: **Kovács Lászlóné**

Közösségi és hospiceszakápolás

elnök: **Bodrogi Sándorné**

Pszichiátriai ápolás

elnök: **Bárkányi Annamária**

Asszisztens

elnök: **Dr. Kakujáné Szabó Erika**

Gyógyszertári asszisztens

elnök: **Kotsis Andrea**

Képpalkotó diagnosztika	elnök: Dr. Siposné Karl Mária
In-vitro labordiagnosztika	elnök: Csontosné Németh Mária
Műtőszolgálat	elnök: Balassi Tiborné
Védőnő	elnök: Baloghné Fűrész Veronika
Szülésznő	elnök: Bársony Jenőné
Mentésügy	elnök: Ivánkóvits László
Gyógytorna-fizioterápia	elnök: Fülöp Ágnes
Dietetikus	elnök: Seres Sári
Közegészségügyi-járványügyi	elnök: Gyenes Gábor
Szociális	elnök: Ördög Józsefné

A Területi Szervezet ismételten áthelyezte székhelyét a Szeged, Honvéd tér 5/B. szám alá.

A 2011. évi XXIII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény módosításáról egyértelműen kinyilvánítja, hogy 2011. április 1-től ismételten kötelező a kamarai tagság az orvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók számára. Ismét újjászerveződött a Területi Szervezet, a közel 2700 önkéntes taglétszám 2 hónap alatt 4200 főre bővült.

Helyi szervezetek:

Hódmezővásárhely

elnök:	Törökné Kátai Edina
alelnök:	Somogyi Katalin
választási bizottság elnöke:	Ország Erzsébet
választási bizottság tagjai:	Faragó Csabáné Fejes Ferenc

Makó

elnök:	Dr. Szilágyiné Gál Eszter
alelnök:	Gyengéné Tarnawa Gabriella
választási bizottság elnöke:	Batári Erika
választási bizottság tagjai:	Árva Jenőné Balogh Zoltánné

Szeged

elnök:	Banga Béla Erik
alelnök:	Kiszel Attila István
választási bizottság elnöke:	Kuruczné Oláh Andrea

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

választási bizottság tagjai: **Hajdú Károly**
Szűcs Beáta

Szentes

elnök: **Török Jánosné**
alelnök: **Kis Tamásné**
választási bizottság elnöke: **Kódor Mónika**
választási bizottság tagjai: **Dr. Tóthné Móricz Adrienn**
Tóth Lászlóné

2011. augusztus 26-án a területi küldöttek részvételével megválasztották a megye országos küldötteit:

Baloghné Fűrész Veronika
Banga Béla Erik
Boros Edina
Farkasné Kutasi Katalin
Farkasné Szalai Edit
Jánosiné Canjavec Judit
Irinyi Tamás
Nyesténé Kovács Zsuzsanna
Dr. Szilágyiné Gál Eszter

Újraalakult a területi szervezet 2011. december 7-én.

elnök: **Irinyi Tamás**
általános alelnök: **Ujhelyiné Papp Teréz**
alapellátási alelnök: **Baloghné Fűrész Veronika**
fekvőbeteg-ellátási alelnök: **Farkas Rózsa**
járóbeteg-ellátási alelnök: **Kovácsné Mátó Edit**

etikai bizottság elnöke: **Varga Sándorné**
etikai bizottság tagjai: **Bódi Mónika**
Gombár Angéla
Kissné Magyar Katalin
Szabóné Dr. Nagy Anikó

számvizsgáló bizottság elnöke:	Dékány Nóra
számvizsgáló bizottság tagjai:	Batyik Andrásné Ráczy Nikolett
választási bizottság elnöke:	Horváthné Frankó Krisztina
választási bizottság tagjai:	Kószó Róbertné Sarnyai Gyöngyi
országos küldöttek:	Baloghné Fűrész Veronika Banga Béla Erik Boros Edina Farkasné Kutasi Katalin Farkasné Szalai Edit Horváth Zsuzsanna Jánosiné Canjavec Judit Nyesténé Kovács Zsuzsanna Dr. Szilágyiné Gál Eszter

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöksége határozatot hozott az Oktatási Bizottság újbóli megalakításáról. Megválasztotta elnökét és tagjait.

oktatási bizottság elnöke:	Németh Anikó
oktatási bizottság tagjai:	Batári Erika Kojnok Tünde

A 2012. év folyamán új oktatási bizottsági tagok kerültek megválasztásra:

Hasznosné Bankó Ágnes
Fekete Linda

Pro Curatio Valetudine díj

A Területi Szervezet elnöksége 2005-ben létrehozta a Pro Curatio Valetudine díjat, amely minden évben az Ápolónők Nemzetközi Napja alkalmából kerül odaítélésre. A díjra kamarai tagok tesznek javaslatot, melyet az elnökség bírál el. Évente 5 fő kamarai tag díjazására van lehetőség. Az alábbiak részesültek a Pro Curatio Valetudine díjban:

2005	Munkahely	Beosztás
Andracsekné Paksi Ibolya	SZTE ÁOK Neuropszichiátriai Rehabilitációs Osztály	ápolónő
Hajdú Józsefné	Erzsébet Kórház	ápolási igazgató
Kovács Józsefné	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Újszülött Osztály	osztályvezető főnővér
Mácsai Lászlóné	CsMÖ Mellkasi Betegségek Szakkórháza	osztályvezető főnővér
Szentjobbyi Aladár	Szentesi Mentőállomás	mentőtiszt

2006	Munkahely	Beosztás
Eszter Jánosné	Gyermekgyógyászati Rendelő	vezető asszisztens
Gózónné Sarkadi Nagy Eszter	Dr. Bugyi István Kórház Onkológia	osztályvezető főnővér
Perneki Margit	SZMJVŐ Kórháza Belgyógyászat	osztályvezető ápoló
Thékes Lászlóné	SZTE ÁOK Központi Fizioterápia és Oktatási Csoport	vezető gyógytornász
Tóth Erzsébet	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Aneszteziológiai Osztály	vezető asszisztens

2007	Munkahely	Beosztás
Gajdács Gáborné	SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika	intézetvezető főnővér
Kincsesné Németh Ilona	Dr. Szarka Ödön Egyesített Egészségügyi Intézmény	asszisztens
Rácz Gézáne	Erzsébet Kórház Központi Műtő	műtősnő
Savanya Józsefné	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Szülészeti Osztály	osztályvezető főnővér
Ungi Lászlóné	SZTE ÁOK Neurológiai Klinika	osztályvezető ápoló

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

2008	Munkahely	Beosztás
Kiss Gyuláné	Vasútegészségügyi KHT	asszisztens
Kuti Anna	Gambro Dialízis Központ	főnővér
Oszlánzi Aranka	Erzsébet Kórház Ápolási Osztály	ápolónő
Specker Veronika	Védőnői Szolgálat	védőnő
Takácsné Miklós Etelka	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Neurológiai és Rehab. Oszt.	főnővér

2009	Munkahely	Beosztás
Ciocanel Emília	SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika	főnővérhelyettes
Dr. Csák Réka	Egészségügyi Minisztérium	osztályvezető
Halmágyi Péterné	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Pathológiai Osztály	vezető asszisztens
Hrabovszki Antalné	Erzsébet Kórház Járóbeteg Szakellátás	vezető asszisztens
Márton Jánosné	Dr. Bugyi István Kórház	ápolási igazgató
Vargáné Tetlák Anna	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	osztályvezető főnővér

2011	Munkahely	Beosztás
Csamangó Dezsőné	SZTE ÁOK Sebészeti Klinika	ápolónő
Csikósné Cserhádi Katalin	Dr. Bugyi István Kórház Pszichiátriai Osztály	ápolónő
Sepsik Mariann	SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika	főnővér
Szabóné Kiss Erzsébet	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Gyermek Osztály	ápolónő
Tobai Mihályné	Erzsébet Kórház Sebészeti Osztály	osztályvezető ápoló
Darócziné Héja Katalin	posztumusz	

2012	Munkahely	Beosztás
Bakos Erika	Házi Gyermekorvosi Rendelő	asszisztens

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Baloghné Justin Zsuzsanna	Csongrádi Járóbeteg Szakellátás Laboratórium	laboratóriumi asszisztens
Dobó Lászlóné	SZTE ÁOK Védőnői Alapellátás	területi védőnő
Hadobás Józsefné	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Rendelőintézet	asszisztens
Hajdú Károly	SZTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika	ápoló
Németh Katalin	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	szülésznő, diplomás ápoló

2013	Munkahely	Beosztás
Ambrus Ferencné	Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ	ápolónő
Bárdos Erzsébet	Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ	osztályvezető ápoló
Bozóki Imréné	Mórahalom Gondozási Központ, Háziiorvosi Rendelő	körzeti nővér
Brezovai Béla Benedekné	Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház	ápolónő
Pallaginé Rékási Piroska	SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika	klinikai főnővér
Török Mária	SZTE ÁOK Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika	asszisztens

2014	Munkahely	Beosztás
Janovszki Mária	CSMEEK – Makó SBO	felnőttszakápoló
Mészáros Ilona	Hódmezővásárhelyi Többcélú Kistérségi Társulás	területi védőnő
Mészárosné Koprivanacz Eszter	SZTE ÁOK Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet	intenzív szakápoló
Rác Szilvia	SZTE ÁOK Központi Gyógyszertár	vezető asszisztens
Répási Piroska	Dr. Bugyi István Kórház Sebészeti Szakrendelő	asszisztens

Kamarai elismerések

A MESZK Országos Elnökség kezdeményezésére 2007-től Semmelweis-napi okleveleket kapnak a területen dolgozó kollegák.

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

2012-től Szociális Munkanapja oklevélben részesülnek a megyében szociális szférában dolgozó kamarai tagjaink.

2012-ben csatlakoztunk az Országos Szervezet által kezdeményezett Szakmai Versenyhez. Évente a Területi Szervezet 3 csapata részesül díjazásban.

2013-tól a megyében megrendezésre kerülő Tudományos Diákköri Konferenciákon a legjobb előadókat díjazzuk.

2014-től elismerő oklevélben részesülnek a Szegedi Szolgáltatási Szakképző Iskola Kossuth Zsuzsanna Tagintézményében kiváló eredménnyel végzett tanulók.

Díjtáblázat

2007 Semmelweis napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Lövész Béláné	SzMJVÖ Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztály	osztályvezető ápoló
Nyíró Károlyné	CSMÖ Mellkasi Betegségek Szakkórháza	ápolónő
Kürtösiné Török Hajnalka	Erzsébet Kórház Kardiológia	kardiológiai szakasszisztens

2008 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Andrási Miklósné	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Járóbeteg Szakellátás	vezető asszisztens
Antalfiné Varga Julianna	SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika	EEG asszisztens
Bencsura Katalin	SZTE ÁOK Központi Fizioterápia és Oktatási Csoport	gyógytornász
Dr. Barátné Fésűs Ibolya	Erzsébet Kórház	röntgenasszisztens
Dr. Gion Gáborné	Dr. Bugyi István Kórház	ápolónő
Kisné Magyar Katalin	Erzsébet Kórház	vezető asszisztens
Orosz Jánosné	Országos Vérellátó Szegedi Regionális Központ	vezető asszisztens
Szabó Lászlóné	SzMJVÖ Kórház Baleseti Sebészeti Osztály	főnővér
Szalma Baksi Zoltánné	SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika	pszichiátriai ápoló

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

2009 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Dr. Janáki Tamásné	SZTE ÁOK Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika	intézetvezető ápoló
Gábor Eszter	SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika	osztályvezető nővér
Imréné Imre Andrea	Erzsébet Kórház	vezető műtősnő
Kiss Jánosné	SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika	részlegvezető ápoló
Lövész Béláné	SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika	osztályvezető ápoló
Rácz Zoltánné	Erzsébet Kórház Járóbeteg Szakrendelés	szakasszisztens
Sándor Emőke	Erzsébet Kórház Véraló Állomás	hematológiai asszisztens
Schmidt Ilona	Dr. Diósszilági Sámuel Kórház Járóbeteg Szakellátás	asszisztens
Szabó Andrea	Dr. Bugyi István Kórház	ápolónő
Turán Andrásné	Dr. Diósszilági Sámuel Kórház	vezető szülésznő

2010 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Bakai Mária	SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika	osztályvezető ápoló
Farsang Ferencné	Dr. Bugyi István Kórház	vezető asszisztens
Fejes Ferenc	Erzsébet Kórház	boncmester
Gajdacsiné Daróczy Margit	SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika	intézetvezető főnővér
Hévézi Ilona	Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza	főnővér
Kodór Mónika	Dr. Bugyi István Kórház	vezető asszisztens
Laták Nándorné	Erzsébet Kórház	asszisztens
Sánta Istvánné	Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza	kardiológiai szakasszisztens
Szalóczi Istvánné	SZTE ÁOK Sebészeti Klinika	ambulanciavezető asszisztens
Szurovecz Gyuláné	Dr. Diósszilági Sámuel Kórház	főnővér
Tóth Ferencné	SZTE ÁOK Laboratóriumi Medicina Intézet	vezető asszisztens

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Tóth Lászlóné	SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika	vezető ápoló
Újvári Tiborné	Erzsébet Kórház	laboratóriumi asszisztens

2011 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Csanki Zsuzsa	Erzsébet Kórház	fizioterápiás szakasszisztens
Fejes Katalin	Erzsébet Kórház	ápoló
Györkiné Doma Erzsébet	SZTE ÁOK Központi Fizioterápiás Részleg	részlegvezető gyógytornász
Hadobás Józsefné	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház	asszisztens
Horváth Ildikó	SZTE ÁOK Gyermekegyógyászati Klinika	intenzív terápiás szakasszisztens
Katona Enikő	SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika	részlegvezető ápoló
Katonáné Rózsa Mária	SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika	ambulanciavezető nővér
Kovács Józsefné	Dr. Bugyi István Kórház	műtősnő
Pintér Ferenc	Dr. Bugyi István Kórház	ápoló
Szalárdyné Joó Ildikó	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház	asszisztens
Tóth Erzsébet	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	osztályvezető szülésznő
Váradai Beartice	SZTE ÁOK Szemészeti Klinika	osztályvezető ápoló
Varga Márta	SZTE ÁOK Központi Fizioterápiás Részleg	gyógytornász

2012 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Arató Ildikó	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Rendelőintézet	higiénikus
Aszalainé Fejes Ildikó	Erzsébet Kórház Járóbeteg- ellátás	asszisztens
Bársony András	SZTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika	ápoló
Bélteki Lászlóné	Dr. Bugyi István Kórház	mikrobiológiai szakasszisztens
Bernátné Vízvári Ibolya	SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika	vezető asszisztens

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Csatlós Béláné	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	szülésznő, diplomás ápoló
Csorba Csilla	SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika	ápoló
Dr. Haluskáné Zsovár Zsuzsanna	SZTE ÁOK Védőnői Alapellátás	területi védőnő
Elekes Csilla	SZTE ÁOK Szemészeti Klinika	kontaktlencse-asszisztens
Fodor Zsuzsanna	SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika	diplomás ápoló, vezető asszisztens
Gyémánt Zoltánné	SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika	ápoló
Hörtl Istvánné	Gyógyfürdő	fizioterápiás szakasszisztens
Jakó Mónika		gyógyszertári asszisztens
Janovszki Mária	Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház Rendelőintézet	ápoló
Keszég Zsuzsanna	SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika	okleveles ápoló
Komlósiné Rác Edit	SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika	szakápoló
Kósa Eszter	SZTE ÁOK Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai Osztály	diplomás ápoló
Kozma Judit	SZTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika	ápolónő
Kuruczné Oláh Andrea	SZTE ÁOK Laboratóriumi Medicina Intézet	orvosi diagnosztikai lab. analitikus
Lévai Lászlóné	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	védőnő
Makó Georgina	SZTE ÁOK Védőnői Alapellátás	iskolavédőnő
Menczel Szilveszterné	SZTE ÁOK Védőnői Alapellátás	iskolavédőnő
Mészárosné Koprivanacz Eszter	SZTE ÁOK Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet	intenzív betegellátó szakápoló
Mikusik Józsefné	SZTE ÁOK Idegsebészeti Klinika	felnőttszakápoló
Móro Mária	Dr. Bugyi István Kórház	ápolónő
Nagy Györgyné	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	szülésznő
Nóbik Éva	SZTE ÁOK Sebészeti Klinika	diplomás ápoló
Polyákné Kézmárki Ilona	SZTE ÁOK Védőnői Alapellátás	területi védőnő

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Rácz Helga	Erzsébet Kórház Járóbeteg-ellátás	asszisztens
Semegi Margit	SZTE ÁOK Sebészeti Klinika	diplomás ápoló
Szabó Ágnes	SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika	endoszkópos szakasszisztens
Tarjániné Varga Erika	SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika	ápoló
Tóth Istvánné	Háziorvosi rendelő	körzeti nővér
Tóth Lászlóné	SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika	diplomás ápoló
Tóthné Oláh Annamária	SZTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika	ápolónő
Tóthné Tóth Erzsébet	SZTE ÁOK Sebészeti Klinika	felnőttszakápoló
Vecsernyés Erzsébet	Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza	ápolási igazgató
Vízhányóné Gardi Anikó	SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika	klinikai szakápoló

2012 Szociális Munka Napja	Munkahely	Beosztás
Kocsisné Balogh Márta	CSMŐ Aranysziget Otthon	foglalkozásegészségügyi szakápoló

2012 Szakmai verseny	Helyi Szervezet	Csapatnév	Helyezés
Antal Erika	Szentes	Sirály	I. helyezet
Horváth Zsuzsanna	Szentes	Sirály	I. helyezet
Oláhné Micki Edit	Szentes	Sirály	I. helyezet
Varga Annamária	Szentes	Sirály	I. helyezet
Cselédes Józsefné	Szentes	Angyalok	II. helyezet
Kovácsné Tari Hajnalka	Szentes	Angyalok	II. helyezet
Lőrincz Tiborné	Szentes	Angyalok	II. helyezet
Szamosközi Beáta	Szentes	Angyalok	II. helyezet
Ábrahám Jenőné	Szeged	Kórházi Boszorkák	III. helyezet
Bernáth Beáta	Szeged	Kórházi Boszorkák	III. helyezet
Kovács Klaudia	Szeged	Kórházi Boszorkák	III. helyezet
Ménesi Angéla	Szeged	Kórházi Boszorkák	III. helyezet

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

2013 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Borsos Marianna	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	ápolónő
Császár Ferencné	Vasútegészségügy NKK Kft.	asszisztens
Csontos Attiláné	Orvosi Rendelőintézet, Csanádpalota	körzeti ápoló
Husza Ibolya	SZTE ÁOK Szemészeti Klinika	osztályvezető ápoló
Líbelné Szabó Anna	Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház	hematológiai asszisztens
Orosz Emília	SZTE ÁOK Szemészeti Klinika	szakasszisztens
Rónyai Edit	SZTE ÁOK Központi Fizioterápiás Részleg	gyógytornász
Sarnyai Gyöngyi	Vasútegészségügy NKK Kft.	képi diagn. asszisztens
Szabados Ferencné	SZTE ÁOK Kardiológiai Központ Szívsebészeti Osztály	intézetvezető főnővér
Szoboszlai-Szabó Sándorné	Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház	körzeti ápoló
Szőginé Halasi Ilona	Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ	szakápoló
Telekné Molnár Ildikó	Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ	ápolónő
Vass Márta	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	védőnő
Vérné Nagy Hajnalka	SZTE ÁOK Szemészeti Klinika	ápolónő
Vigchert Ferencné	Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ	védőnő

2013 Szociális Munka Napja	Munkahely	Beosztás
Szarka Tiborné	Cs.M.Ö. Aranysziget Otthon	ápolónő

2013 Szakmai verseny	Helyi Szervezet	Csapatnév	Helyezés
Búdiné Bánfi Ildikó	Szeged	ITO-Shock	I. helyezet
Gajda Nóra	Szeged	ITO-Shock	I. helyezet
Igaz Márta	Szeged	ITO-Shock	I. helyezet

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Kiss Péter	Szeged	ITO-Shock	I. helyezet
Magyarné Tóth Aranka	Szeged	SZERAPISZ – Kistelek	II. helyezet
Sejben Viktorné	Szeged	SZERAPISZ – Kistelek	II. helyezet
Takó Lőrincné	Szeged	SZERAPISZ – Kistelek	II. helyezet
Vecsernyés Szilvia	Szeged	SZERAPISZ – Kistelek	II. helyezet
Csentes Antal	Hódmezővásárhely	Liliomok	III. helyezet
Gyovai Józsefné	Hódmezővásárhely	Liliomok	III. helyezet
Koromné Sebők Gyöngyi	Hódmezővásárhely	Liliomok	III. helyezet
Oláh Ilona	Hódmezővásárhely	Liliomok	III. helyezet

2013 Tudományos Diákköri Munka	Iskola
Tóth Lilla	SZTE – Egészségtudományi Kar
Nagy Anikó	SZTE – Egészségtudományi Kar

2014 Semmelweis-napi oklevél	Munkahely	Beosztás
Bacic Julianna	SZTE ÁOK Reumatológiai Klinika	ápoló
Csóke Mária	SZTE ÁOK Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Intézet	szakápoló
Diós Imréné	CSMEEK Hódmezővásárhely– Makó	szakápoló
Dobóné Varga Mária	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	főműtősnő
Dr. Petrovné Ráti Lilla	Bioklinika 2001 Bt.	természetgyógyász
Gálné Róka Tünde	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	ambulanciavezető
Gasztány Ildikó	SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő	asszisztens
Kabai Mihályné	Háziorvosi rendelő, Csanádpalota	körzeti nővér
Kádár Edit	SZTE ÁOK Központi Gyógyszertár	gyógyszerkiadó szakasszisztens
Kovácsné Varga Edit	SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	osztályvezető szülésznő

A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede

Murvai Aranka	CSMEEK Hódmezővásárhely – Makó	ápoló
Nagy-Kovács Andrásné	CSMEEK Hódmezővásárhely – Makó	általános laboratóriumi asszisztens
Pécsy Éva	SZTE ÁOK Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Intézet	szakápoló
Ráczné Kiss Ilona	CSMEEK Hódmezővásárhely – Makó	ápoló
Sinkó Edit	Dr. Bugyi István Kórház – Sürgősségi Betegellátó Osztály	szakápoló
Sipos Jánosné	Dr. Bugyi István Kórház – Neurológia Osztály	szakápoló
Szakács Anikó	SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika	osztályvezető ápoló

2014 Szociális Munka Napja	Munkahely	Beosztás
Sajó Margit	Aranysziget Otthon	vezető ápoló
Seregelj Edit	SZKTT Egyesített Szociális Intézmény	osztályvezető ápoló

2014 Szakmai verseny	Helyi Szervezet	Csapatnév	Helyezés
Hajdú Tamás	Szentes	Keresztes Pókok	I. helyezet
Harangozó Roland	Szentes	Keresztes Pókok	I. helyezet
Lőrincz Tiborné	Szentes	Keresztes Pókok	I. helyezet
Márton Hajnal	Szentes	Keresztes Pókok	I. helyezet
Molnár Éva	Szentes	Éltrevalók	II. helyezet
Sebők Erika	Szentes	Éltrevalók	II. helyezet
Szamosközi Beáta	Szentes	Éltrevalók	II. helyezet
Víghné Bárkai Bernadett	Szentes	Éltrevalók	II. helyezet
Kotormán Éva	Szeged	Wellness Múmiák	III. helyezet
Molnár Mária	Szeged	Wellness Múmiák	III. helyezet
Sándor Zsuzsanna	Szeged	Wellness Múmiák	III. helyezet
Szakács Anikó	Szeged	Wellness Múmiák	III. helyezet

2014 Tudományos Diákköri Munka	Iskola
Csatlós Renáta	SZTE – Egészségtudományi Kar
Szalai Zsuzsanna	SZTE – Egészségtudományi Kar
Varga Edina	SZTE – Egészségtudományi Kar

2014 Kimagasló Tanulmányi Eredményért Díj	Iskola
Bacsa Tímea	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Batta Lívía	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Ferencz Izabella	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Herczeg Dóra Éva	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Káломista Krisztina Mária	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Kelle Éva	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Kristóf Klaudia	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Mihály Gábor	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Mihály Mária	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Sári Beáta	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Scheibelné Pintér Éva	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Seresné Nyári Hajnalka	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Szépné Marton Csilla	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Tóth Eszter	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna
Vili Anna Magdolna	SzSzSzI. Kossuth Zsuzsanna

Egyéb kamarai tevékenységek

Nyelvtanfolyamok

A Szegedi Helyi Szervezet kezdeményezésére 2006-tól kedvezményes angol, majd később német nyelvtanfolyamokat szerveztünk tagjainknak. 2006-tól 2013-ig közel 600 fő részesült nyelvtanításban ezen időszak alatt.

Bálok

A Területi Szervezet elnöksége törekedett arra, hogy a szakmai munka mellett a tagjaink rekreációjára is sor kerüljön. 2008-ban csatlakoztunk a Kossuth Zsuzsanna Gimnázium, Egészségügyi és Könnyűipari Szakképző Iskola által szervezett bálhoz. 2009-ben már közösen

szerveztük a Katalin-napi nővérbált. 2010-ben már a Területi Szervezet önállóan rendezte meg a Katalin-napi nővérbált vacsorával, élőzenével. A kamarai tagok jelzése alapján 2011-től módosítottuk a kamarai bál „feeling”-jét, évi két alkalommal kötetlenebb formában úgynevezett kamarai „Rongyos bál” kerül megrendezésre. Az utóbbi időben a megye többi városában is szerveznek hasonló rendezvényeket.

Jogi segítség

A jogi segítségnyújtást a kamara megalakulása óta biztosítja tagjai részére. Számos ügyben járt el a kamara, fogadott ügyvédekkel sikerrel képviselve a szakdolgozók egyéni illetve csoportos érdekeit. A megyében lezajlott egészségügyi szervezeti átalakításoknál a kamara végig képviselte a szakdolgozók érdekeit.

Kamarai nagygyűlések

2008. január 26

Az egészségügyi ágazatban tapasztalható egyre súlyosabb betegellátási nehézségek arra késztették a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarát, hogy 2008. január 26-án a Nemzeti Sportcsarnokban, nagygyűlés formájában tárja föl az egészségügyi szakdolgozókat érintő problémákat. A rendezvény célja megszólaltatni a döntéshozókat, illetve az elmúlt másfél évben a struktúraátalakítást követően kialakult kérdésekre adható megoldások lehetőségeinek megtárgyalása.

Az egészségügyi ellátás a legtöbb országban kulcsfontosságú kérdés. Az egészségügyi szolgáltatások és a felelősség kérdése majdnem minden politikai vitában előtérbe kerül, ugyanakkor a felelősség meghatározását bonyolítja, ha nem áll rendelkezésre kellő számú egészségügyi alkalmazott. Az ápolóhiány az egészségügyi rendszerek változásának következtében jött létre világszerte. Az elmúlt húsz évben megjelenő krízisek – mint pl. egy lehetséges járvány kirobbanása, a gazdasági recesszió – szakdolgozói létszámhiányhoz és az egészségügyi költségek megnövekedéséhez vezettek. Manapság egyetértés van abban, hogy a szakdolgozók kellő létszámban történő foglalkoztatása hatással van a betegek biztonságára, valamint a halálozási ráta alakulására is.

Az ápolás elengedhetetlen tényezője az egészségügyi ellátásnak. Ezért nagyobb figyelmet kell fordítani az egyes ápolási szintekre, szakdolgozói kompetenciákra és a szükséges létszámra ahhoz, hogy biztonságos betegellátást lehessen megvalósítani. Nagyon kevés meghatározás létezik arról, hogy mit is jelent a biztonságos létszámellátottság. Egy nemzetközileg is elfogadott definíciója szerint „megfelelő számú képzett szakszemélyzet, ami folyamatosan rendelkezésre áll, és biztosítja a betegek igényeinek kielégítését, valamint fenntartja a kockázatmentesség feltételeit.”

A magas beteg-ápoló arány nemcsak negatív hatással van a betegekre, de magasabb emocionális kifáradásnak, stressznek, elégedetlenségnek és kiégésnek teszi ki a szakdolgozókat. Azok a szakdolgozók, akik huzamosan túlórának megfelelő háttér nélkül, hajlamosabbak a többszöri betegszabadságra és rosszabb egészségi állapotra, ezáltal gyengítve az egészségügyi rendszert.

A nagygyűlésen Balogh Zoltán, a kamara elnöke „A struktúraátalakítás következtében kialakult problémák az egészségügyi szakdolgozók szemszögéből” címmel tartott vitaindítójában foglalja össze a legnyomasztóbb problémákat:

- Az egészségügyi szakdolgozók fájóan hiányzó életpályamodellje nélkül nem garantálható a biztonságos betegellátás.
- A finanszírozási rendszer átalakítása és a megfelelő színvonalú szakdolgozói bérezés nélkül nem lehet az ágazatban lévő problémákat megoldani.
- Tarthatatlan és szakmailag is súlyos problémákat vet föl, hogy egy ápoló vagy asszisztens 40-60 beteget lásson el egyedül vagy másodmagával, számos esetben nem is megfelelő szakképzettséggel.
- Elfogadhatatlan, hogy a már rendelkezésre álló, az ellátó személyzet egészségét megőrző, biztonságát szavatoló eszközök már-már luxuscikknek, elérhetetlen vágyálomnak tűnjenek.
- Természetesen a Kamara az eddigi működése során megszokott módon nem pusztán a problémákra kíván rámutatni, hanem megoldási lehetőségeket is javasol, aminek sarkalatos pontja az ágazat személyi és tárgyi feltételeit meghatározó minimumfeltételek megfelelő átgondolása, a szakdolgozói kompetenciakörök tisztázása, illetve a kapcsolódó finanszírozás megfelelő átalakítása.

A felszólalást követően a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara nyílt levelet adott át az egészségügyi miniszternek.

Az elhangzottakra dr. Horváth Ágnes egészségügyi miniszter reflektál, majd tematikus csoportokba szervezett szakmai fórum keretében, hozzászólásokkal folytatódik a rendezvény. A hozzászólók az alapellátással a szakellátással és a humán erőforrással kapcsolatos kérdéseket járják körbe.

Irinyi Tamás is a felszólalók között volt, aki a következőket mondta:

Kedves Kollégák!

Abban a hitben voltam 18 évig, hogy a szakdolgozók el tudják foglalni a társadalomban, illetve az egészségügyi rendszerben az őket megillető helyüket.

Azt hittem, hogy ha a szakmai tudásunk mellé magas szintű iskolákat is elvégzünk, akkor a társadalom ezt honorálni fogja, és hivatásunk presztízse ennek megfelelően emelkedni fog. Rá kellett jönnöm, hogy az egészségügyi rendszer nem képes, illetve nem is akarja befogadni a magasan kvalifikált munkaerőt. A szakdolgozókra továbbra is úgy tekintenek, mint segéd munkásokra.

8 évvel ezelőtt egy országos konferencia plenáris ülésén 10 pontban foglaltam össze, hogy a szakdolgozók milyen nehézségekkel küszködnek. Az akkori Egészségügyi Minisztérium jelenlévő jeles képviselője reagálásában elmondta, hogy ezen problémák a miniszter asztalán vannak, tudnak róla, és mindent el fognak követni az orvoslására. Az az érzésem, hogy a problémákat a kukába dobták, hiszen 8 év alatt semmi sem változott, a gondok csak súlyosbodtak.

Már akkor hiányoltam a szakmai érdekképviseletet. Minden bizodalimat a megalakuló kamarába helyeztem, hiszen az iskolázottság, az értelmiségi státusz elérése nem hozta meg a kívánt eredményt. Megalakulásunkat követően már a létünkért kellett harcolni, hiszen Molnár Lajos buldózerként nekünk esett, és le akart a föld színéről dőzerolni. A kedves volt miniszter úr az alkotmánybíróság szerint is törvénytelenül nyújtotta be törvénytervezetét, és a honatyák a pártfegyelemnek engedelmeskedve, gondolkodás nélkül meg is szavazták. Szerencsére a célját a kedves volt miniszter úr nem tudta maradéktalanul elérni! Megtépázottan de túléltek őt. Őt is!

És most hogyan tovább! A kormányzat arroganciája nem sok mozgásteret ad számunkra. Az, hogy a magyar egészségügyi ellátás még úgy ahogy működik, az csak és kizárólag Nekünk köszönhető. Ötöd, nyolcad annyit költ a társadalom, a kormányzat egy beteg ellátására, mint tőlünk nyugatabbra. A GDP-ből is kisebb szelet fordítódik az egészségügyre, pedig az eszközök, a fűtés, a gyógyszerek ugyanannyiba kerülnek, mint a nyugatabbra lévő országokban. Mégis mitől megy még az egészségügy szekere, hát azért, mert mi éhbérét, megalázottan, húzzuk. Egy ápoló 30-40-50 beteget lát el sok helyütt, nevetséges bérért, egzisztenciális létbizonytalanságban, pszichésen és szomatikusan betegen. Egy szegedi felmérés mutatta, hogy a betegágy mellett dolgozó ápolók 30–45%-án a kiégés szindróma tünetei jelen vannak.

Az egészségügyi reformnak a legnagyobb áldozatai mi vagyunk. Egyre kevesebben egyre többet kell dolgoznunk egyre kevesebb bérért, és még elvárja a szaktárca, hogy mosolyogjunk a betegre. Volt olyan osztály, ahol beteg volt, de ápoló egy sem. Természetesen ilyen körülmények között a betegszéf kell, hiszen nincs már állandó ápolói jelenlét, felügyelet. Csak azt nem érti meg az egészségügyi kormányzat, hogy nem csak a betegek anyagi javai nincsenek biztonságban a létszámhiány és a frusztrált, kizsákmányolt személyzet miatt.

A kormányzat oldaláról megnézve a dolgokat a szakdolgozói vonalon minden a legnagyobb rendben van. Hiszen akárhogy csökken a fizetésünk, akárhogy nem fizetik ki az ügyeleti pénzeket, és bármennyi beteg ellátását rakják a nyakunkba, mi szó nélkül túrjuk és még a vizitdíjat is beszedjük. Hát ne ringassa senki magát ebben a hitben. Közel állunk az összeomláshoz. Ha már más nem megy, remélem, össze tudunk fogni, és a 13 ezer finn kolléga példáját követve a hivatásunk és a betegek védelme érdekében kiállunk. Ők tömegesen azért akartak felmondani, mert az 1700 eurós keresetük elmaradt az ottani átlagkeresettől.

Bennünket is erre az útra kényszerít a politika, a szaktárca? Tisztelt Miniszter Asszony! Melyik évtizedben szándékoznak a szakdolgozók helyzetén javítani? A szavakon túl érdemben mikor fognak tenni valamit a szakdolgozókért?

2012. március 3.

2012. március 3-án fehér köpenyben, zöld szalaggal közel 4000 szakdolgozó jelent meg a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara által szervezett rendezvényen a SYMA Rendezvény és Kongresszusi Központban. Az egészségügyi szakdolgozók kormányzati garanciát kértek arra, hogy még ebben az évben megoldják legégetőbb problémáikat, rendezzék anyagi és munkakörülményeiket, valamint a szakmai kompetenciáik körét.

Az erről szóló nyílt levelet Balogh Zoltán, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke a köztestület szombati budapesti nagygyűlésén átadta Szócska Miklós

egészségügyi államtitkárnak. Balogh Zoltán a levélből kiemelte: elfogadhatatlan, hogy egy ápoló egy műszakban 40-60 beteget lásson el egyedül vagy másodmagával. Emellett már a szakdolgozók átlagéletkora is megközelíti az 50 évet, és utánpótlásuk kritikus helyzetben van. Más ágazatokhoz képest munkabérüket tekintve egyre jobban leszakadnak, a csaknem százezer egészségügy szakdolgozó nagyjából négyötöde a garantált bérminimum összegéből él – hangsúlyozta Balogh Zoltán. Az egészségügyi dolgozók számára kidolgozott életpályamodell nélkül már rövid távon sem garantálható a biztonságos betegellátás mondta a MESZK elnöke.

Ezen a nagygyűlésen csaknem négyezren vettek részt. Közülük többen is felszólaltak, hogy ismertessék a szakdolgozók problémáit, kérdéseket intézzenek az egészségügyi államtitkárhoz, illetve a kormányhoz. Közülük az egyik legnagyobb elismerést Irinyi Tamás, a MESZK Csongrád megyei területi szervezetének elnöke kapta, beszéde végén valamennyi szakdolgozó felállva tapsolt.

Irinyi Tamás felszólalása:

Sajnos nagy igazság az, hogy nincs új a nap alatt! Itt voltunk 4 éve, itt lehattunk volna 5-10-15 évvel ezelőtt is. Változott valami az utóbbi 20 évben? Gyakorlatilag csak annyi, hogy már ígérni se ígért a mai napig az aktuális egészségügyért felelős politikus. 20 év alatt 15 volt belőlük. Ki többet, ki kevesebbet tett hozzá, hogy az ágazatban dolgozó nővérek, asszisztensek, védőnők, laborosok, gyógytornászok, mentősök és a többi szakma képviselői mára abba a helyzetbe kerültek, hogy a döntő többségük minimálbéren van foglalkoztatva, függetlenül a végzettségüktől és szolgálati idejüktől.

Tegyük a mérleg egyik serpenyőjébe, hogy mit adtak-adnak a betegeknek és a társadalomnak a kollégák!

A szorgalmukat, a munkájukat, a lelküket. Érettségi után 3-tól akár 10-13 évet is tanultak, döntően munka és család mellett. Évente kötelező képzéseken vesznek részt. Sokuknak nincs hétvégeje, karácsonya, ellenben túlóra számolatlanul-kifizetlenül. Másodállás vagy akár harmadállás is színesíti mindennapjaikat. Folyamatosan elviselik a megaláztatásokat, a kiszolgáltatottságot, a bántalmazásokat is. Betegen is dolgozniuk kell, mert nincs, aki helyettesítse őket. A táppénz összege már a létfenntartásra se lenne elég. Hazulról hordják már be az ápoláshoz szükséges eszközöket.

Feláldozták saját egészségüket. Ezt csak pár adattal támasztom alá. Szegeden, illetve Csongrád megyében az ágy mellett dolgozó kollégák 2001-ben 17%-a volt krízis szintű kiégettségben, 2005-ben 21 %-uk, 2009-ben 23%-uk, most 2012 februárjában 24,1%-uk. További 23%-uk rossz lelki állapotban van, és külső segítség nélkül, ők is hamarosan krízisbe kerülnek. Javaslom az illetékeseknek, a jelenlévő illetékeseknek is, hogy lapozzanak fel egy a témába vágó tankönyvet, hogy értsék meg a probléma hihetetlen súlyát-veszélyét!

Mi van a mérleg másik serpenyőjében? Mit kapnak mindezért?

Fizetésnek csúfolt összeget a bankszámlájukra. 42 évi munkaviszony után minimálbért. Cafetériát... azt nem. 62 évesen is emelgethetik és fűroszthatik a 100-120 kilós beteget. Folyamatos munkarendben dolgozók évente ingyen 10-20 napot dolgoznak, mert szinte senki sem fizeti ki a műszakátadások idejét. Támogatást, elismerést az orvoskollégáktól... azt nem. Elismerést a társadalom részéről, hogy a rég összeomlott egészségügy romjain még folyik ellátás a szakdolgozóknak köszönhetően... azt sem. Kapnak még megbecsülés helyett megfélemlítést, százával, ezrével rúgták ki őket a munkahelyükről az utóbbi években. Volt

olyan év, hogy több mint 5000 fővel csökkent a szakdolgozói létszám. Egyik kollégám szemléletes megfogalmazása szerint labdának használják a szakdolgozókat, és aki arra jár, az belerúg.

Én 4500 Csongrád megyei kollégát képviselek itt. Megkértek, hogy tolmácsoljam érzéseiket, hangulatukat. Ezt pár jelzővel szemléltetem: keserűség, kilátástalanság, düh, megalázottság, kiégettség, fásultság, elégedetlenség. Ezen állapot a szakdolgozói társadalom évtizedes semmibe vételének az eredménye.

Mit kérünk? Megpróbálom egyszerűen, tagoltan, magyarul és hangosan előadni, hogy ne lehessen mondani azt, mint anno Molnár miniszter úr, hogy nem értem. Megjegyzem, ő még a problémát se érette.

Olyan bértáblát a szakdolgozóknak, amely figyelembe veszi a végzettséget, a szolgálati időt és az orvosok által átadott feladatok elvégzését is. Minden egyes perc, melyet a munkahelyen töltünk, legyen elszámolva, még a műszakátadások ideje is. Olyan létszámot a munkahelyen, hogy a szakma szabályait be lehessen tartani. Az ellátáshoz szükséges eszközöket, hogy ne saját pénzből kelljen megvenni. Sokat kérünk? Érdemtelenül kérjük ezt? Kérdezem: egyáltalán igényt tart-e munkákra a társadalom, a kormányzat? Vagy a cél a szakképzett nővérek helyzetének ellehetetlenítése, hogy elmeneküljenek az egészségügyből, kivándoroljanak külföldre, a maradékot meg kirúgják? Most jelen pillanatban ezt látjuk.

Az új bértábla bevezetéséig idén januártól visszamenőleg egy minimum 20%-os béremelés sokat javítana az ágazatban dolgozó kollégák helyzetén. (Megjegyzem az utóbbi 7 évben nem volt semmilyen béremelés, csak reálkeresetsökkenés.) A béremelés 34 milliárd forintba kerülne 1 évre. De ez az államnak nem ennyi, hiszen a kifizetés pillanatában adók és járulékok formájában, illetve az ÁFA miatt több mint 30 milliárd forint visszakerül az államkasszába. Így a tényleges költség 3,9 milliárd forint. Mire költenék a kollégák a többletpénzt? Alapvető, létfenntartáshoz szükséges dolgokra, mely a magyar gazdaságot bővítené. A társadalom és a mindenkori kormányzatok évtizedeken keresztül mulasztása a mára 93000 főre csökkent szakdolgozókkal szemben, ezen összeggel, ha nem is orvosolható, de javítható. Tisztelettel kérdezem: Van-e akarat a kormányzat részéről ezen béremelést és egy tisztességes bértábla bevezetését teljesíteni? Vagy minden marad a régiben és ezzel a szakdolgozói társadalom kihalásra ítéltetett. A kormányzatok régóta Haydn búcsúszimfóniáját játsszák a kollégáknak. Már csak az a kérdés, hogy ki és mikor fog utoljára felállni, lekapcsolni a villanyt és elhagyni az egészségügyi pályát.

A felszólalók között volt, aki konkrét összeget is mondott. A szakdolgozók azt szeretnék, ha a mindenkori minimálbér helyett 140 ezer forint lenne a bértábla alapja.

Szócska Miklós államtitkár az elhangzottakra reagálva azt mondta: még az utolsó számításokat végzik, ezért a mostani béremelés konkrét összegeiről továbbra sem beszélt. A bérfelzárkóztatás első lépése hamarosan a kormány elé kerül, és a Nemzetgazdasági Minisztériumban is folyamatosan foglalkoznak az életpályamodell közép- és hosszú távú stratégiájával. Ugyanakkor leszögezte: olyan bértáblán dolgoznak, amely figyelembe veszi a szakmai végzettséget és az eltöltött évek számát. Az államtitkár arra pedig konkrét ígéretet tett, hogy az emberi erőforrás fejlesztésére rendelkezésre álló uniós forrásokból még ebben az évben rendezni fogják a szakmai kompetenciákat.

A munkakörülményekkel kapcsolatban felmerült problémákra felelve azt mondta: már hétfőn átnézetni az ápolási eszközfejlesztésre szolgáló pályázati kiírásokat. Emellett szólt arról is, hogy hamarosan létrehoznak egy új, úgynevezett országos főápolói tisztséget is, betöltője többek között az ápolási munka szervezéséért, továbbá a szakképzési rendszer fejlesztéséért lesz felelős.

Szócska Miklós azt is kijelentette, hogy az egészségügyi struktúra átszervezése nem fog létszámléptéssel járnival, átcsoportosítások ugyanakkor lehetnek, de az egészségügyben mindenki munkájára számítanak.

A MESZK nagygyűlésén az egészségügyi szakdolgozók fehér köpenyükön zöld szalagot viseltek, amellyel azt a reményüket fejezték ki, hogy a levélben is megfogalmazott kéréseiket, követeléseiket teljesítik majd. A nagygyűlésen egy ilyen zöld szalaggal ellátott fehér köpenyt kapott Szócska Miklós is.

Kutatási tevékenység

A MSZEK Csongrád Megyei Területi Szervezet 2008-ban felmérte a megyében dolgozó kollégák pszichés és szomatikus állapotát. Mindezt azért tette, hogy konkrét adatok birtokában hívja fel a döntéshozók és a vezetők figyelmét a kollégák rossz egészségi állapotára. A felmérésben szereplő szakdolgozók többségét szegediek tették ki, így megkereséssel értünk a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ vezetése felé, hogy bemutassuk a súlyos helyzetet. Ezzel kezdetét vette egy egészségfejlesztési terv készítése, és elindult a „Szakdolgozók Lelki Egészségvédelmének Programja”. 2010. február-március hónapokban összesen 62 fő vett részt ezen a 4×8 órás Bálint-csoportos foglalkozáson, szupervízió, veszteség-feldolgozó tréningen, valamint a stresszről és a kiégésről szóló, általános ismereteket adó szemináriumon. Felméréssel bizonyítottuk, hogy a tréning csökkentette a résztvevők kiégtségének mértékét.

2012-ben megismétlésre került a vizsgálat. A felmérések eredményeiről számos cikk készült, és sok országos konferencián mutattuk be az adatokat. Ezen felmérések eredményei győzték meg pl. Szócska Miklós államtitkárt, hogy a kollégák kiégésével foglalkozni kell.

A 2008-as felmérésről készült egy összefoglaló, melyet a megyében lévő összes egészségügyi felsővezetőhöz eljuttattuk.

Az összefoglaló:

Egészségügyi szakdolgozók szomatikus és pszichés állapota, egészség-magatartása, valamint orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében 2008.

Készítette:

Irinyi Tamás

MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

Németh Anikó

MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Oktatási Bizottságának elnöke

I. Vizsgálatunk célja

Szándékunkban állt felmérni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozói társadalom szomatikus állapotát, valamint azt, hogy megyénkben a különböző munkarend és ellátási szint miképpen hat a kollégák egészségi állapotára, illetve az egészségügyben eltöltött évek száma mennyire növeli meg a krónikus betegségek előfordulásának esélyét. Feltételeztük, hogy a három műszakos munkarendben és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók egészségi állapota szignifikánsan rosszabb, mint az egészségügy egyéb területén dolgozóké.

Kíváncsiak voltunk, hogy a szakdolgozók körében milyen mértékben van jelen a Burnout szindróma, illetve hogy ez összefügg-e a különböző munkarenddel és ellátási szintekkel, valamint az egészségügyben eltöltött évek számával.

Képet szeretnénk volna kapni még az orvoshoz fordulási, gyógyszereszedési szokásaikról, valamint a káros szenvedélyeikről. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy ezek összefüggnek-e az életkorral, a munkaterülettel, a munkarenddel, az iskolai végzettséggel, valamint az egészségügyben eltöltött évekkel. Feltételeztük, hogy minél régebben dolgozik valaki az egészségügyben, annál ritkábban keresi fel orvosát panasz esetén. Arra is választ

szerettünk volna kapni, hogy a kollégák havonta mennyi időt töltenek szabadidős tevékenységgel, illetve mennyi lenne számukra az ideális.

II. Vizsgálati módszerek és minta

Vizsgálatunkat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely 16 zárt kérdést, 2 nyílt kérdést és 5 skálát tartalmazott. A kérdőíveket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád megyében regisztrált tagjai (2760 fő) kapták kézhez a 2008/3. Hivatásunk című lappal. A kérdőívek szabadon fénymásolhatóak voltak, így a nem kamarai tagok is kitölthették. A kérdőívek összegyűjtését kamarai tisztségviselők végezték saját munkahelyükön, valamint postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt, 2008. 09–12. hónapig. Ilyen módon 999 darab kérdőív érkezett vissza, melyből 980-at lehetett értékelni. A dél-alföldi régióban az összes egészségügyi szakdolgozó 15%-a dolgozik alapellátásban, 21%-a járóbeteg-ellátásban, 64%-a pedig fekvőbeteg-ellátásban. A 980 értékelhető kérdőív 16%-át alapellátásban, 22%-át járóbeteg-ellátásban, 62%-át fekvőbeteg-ellátásban dolgozó kollégák töltötték ki. Ilyen módon mintánk reprezentatívnak tekinthető. Az adatok feldolgozását SPSS 16.0 statisztikai programmal, Khi-négyzet próbával, korreláció-analízissel, T-teszttel és variancia-analízissel végeztük.

III. Eredmények

III/1. Szociodemográfiai adatok

A 980 értékelhető kérdőívet 918 nő és 62 férfi kolléga töltötte ki. A válaszadók átlagéletkora 39,5 év, az egészségügyben eltöltött évek átlaga 18,1 év volt. A családi állapot tekintetében 128 egyedülálló, 209 kapcsolatban, 491 házas, 127 elvált, 25 özvegy kollégát regisztráltunk. Az iskolai végzettség tekintetében 147 fő végzett szakiskolát, 565 fő szakközépiskolát, 237 fő főiskolát és 31 fő egyetemet. Az 1. sz. táblázat a munkaterület és munkarend megoszlását mutatja a válaszadók körében.

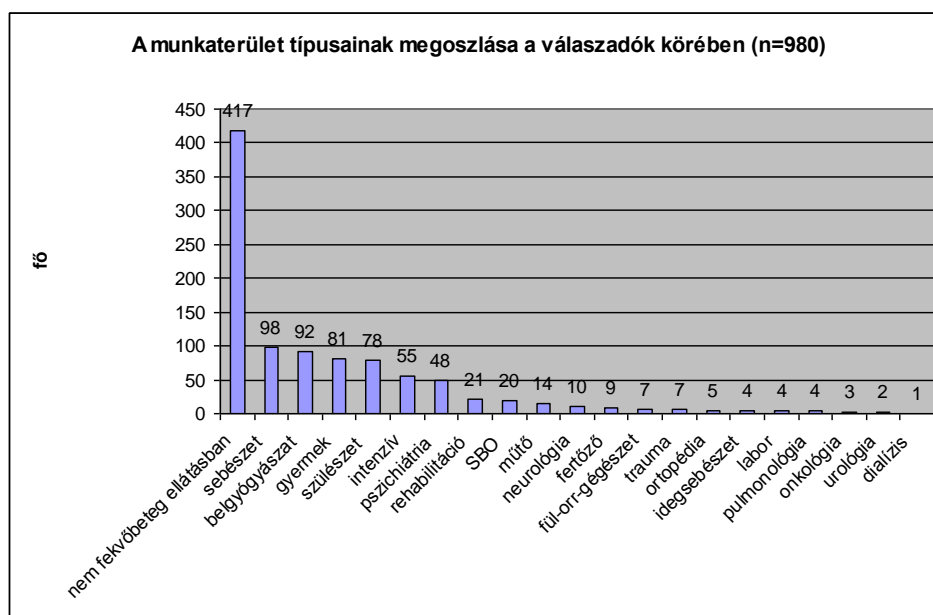
Munkarend							
Munkaterület		állandó délelőtt	három műszak	állandó éjszaka	ügyelet	délelőtt és délután	összes
	alapellátás	143	0	0	5	3	151
	járóbeteg-ellátás	182	0	0	5	9	196
	fekvőbeteg-ellátás	128	403	13	18	1	563
	egyéb	26	40	1	2	1	70
	összes	479	443	14	30	14	980

1. sz. táblázat: A munkaterület és munkarend megoszlása a válaszadók körében (n=980)

Az egyéb kategóriába a vérellátásban, házi ápolásban, mentésügyben, sterilizálóban, kutatásban és a szociális területen dolgozó kollégákat soroltuk. Látható, hogy a válaszadók többsége (563 fő) fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, 479 fő dolgozik állandó délelőtt, 443 fő három műszakos munkarendben.

A munkaterület típusainak megoszlása az 1. sz. ábrán látható. A fekvőbeteg-ellátásban dolgozó 563 kolléga közül 98 fő dolgozik sebészetben, 92 fő belgyógyászatban, 81 fő gyermekgyógyászatban, 78 fő szülészetben, a többiek egyéb területen dolgoznak. Az alapellátásban dolgozók átlagéletkora 43,3 év, a járóbeteg-ellátásban dolgozóké, 40,0 év, a

fekvőbeteg-ellátásban dolgozóké 38,1 év, az egyéb területen dolgozók átlag életkora pedig 40,7 év.



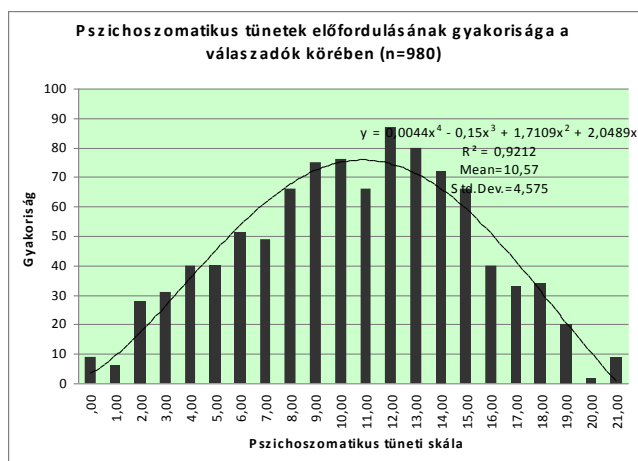
1. sz. ábra: A munkaterület típusainak megoszlása a válaszadók körében (n=980)

III/2. Szomatikus állapot

Megkértük a szakdolgozókat, hogy értékeljék saját egészségi állapotukat egy 10 fokozatú skálán, ahol 1=nagyon rossz, 10=kitűnő. Mann-Whitney-tesztel kerestük a kapcsolatot a három műszakos munkarend és a saját egészségi állapot megítélése között. Ezen kérdés megválaszolásánál 947 választ vettünk figyelembe (33 fő nem válaszolt erre a kérdésre) a következő eredménnyel: nem különbözik szignifikánsan az egészségi állapot értékelése a fekvő- és nem fekvőbeteg-ellátásban dolgozók között ($p=0,066$). A nem fekvőbeteg-ellátásban dolgozók átlag 6,7-re értékelték saját egészségi állapotukat, míg a fekvőbeteg-ellátásban dolgozóknál ez az érték 6,5. Elmondható tehát, hogy a munkaterület (alapellátás, járóbeteg-ellátás, fekvőbeteg-ellátás) nem befolyásolja a saját egészségi állapot értékelését.

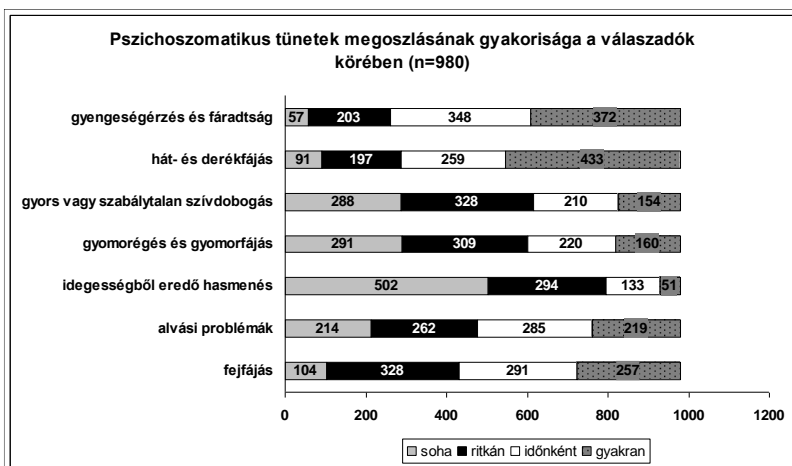
Szintén Mann-Whitney-tesztel néztük meg a munkarend és az egészségi állapot önértékelése közötti összefüggést. Eredményként elmondható, hogy szignifikáns különbség van a három műszakban és az egyéb munkarendben dolgozók saját egészségi állapotának megítélése között ($p=0,016$). A három műszakban dolgozó kollégák rosszabbnak értékelték saját egészségi állapotukat.

Az egészségi állapot felmérését egy pszichoszomatikus tüneti skála (Pikó, 1997) segítségével végeztük, mely az alábbi tünetek előfordulásának gyakoriságát mérte a kérdőív kitöltése előtti 12 hónapra vonatkozóan: fejfájás, alvási problémák, gyomorégés és gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, hát- és derékfájás, gyengeségérzés és fáradtság, idegességéből eredő hasmenés. Az egyes tüneteket 0-3-ig terjedően lehetett pontozni, ahol a számok jelentése: 0=soha, 1=ritkán, 2=időnként, 3=gyakran. A maximálisan elérhető pontszám 21 volt. A válaszadók átlag 10,57 pontot értek el, az általuk adott pontszámok normális eloszlást mutatnak (2. sz. ábra).



2. sz. ábra: A pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága a válaszadók körében (n=980)

A tünetek előfordulásának gyakorisága a 3. sz. ábrán látható. Említésre érdemes, hogy 433 fő válaszolta leggyakrabban előforduló tünetként a hát- és derékfájást, 372 fő válaszolta, hogy gyakran érzi magát gyengének és fáradtnak, sokan küzdenek fejfájással, alvási problémákkal.



3. sz. ábra: Pszichoszomatikus tünetek megoszlásának gyakorisága a válaszadók körében (n=980)

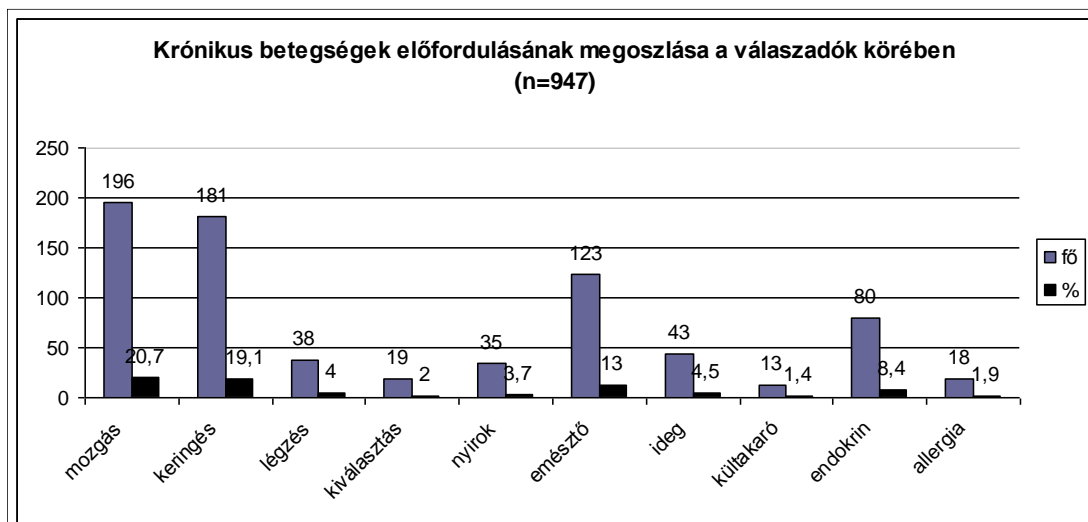
Megkérdeztük a kollégákat, hogy szenvednek-e valamilyen krónikus megbetegedésben, és ha igen, akkor ez mely szervrendszert (szervrendszeret) érint. Ezen kérdésre nem válaszolt 33 fő, így csak 947 válaszadó válaszait vettük figyelembe. A 2. sz. táblázatban jól látszik, hogy a válaszadók 49,4%-nak nincs krónikus megbetegedése, és 50,6%-nak viszont van egy vagy több szervrendszert érintő krónikus betegsége.

			Milyen területen dolgozik?				összes
			alapellátás	járóbeteg	fekvőbeteg	egyéb	
Krónikus betegségek előfordulása	nincs	fő	67	84	281	36	468
		%	46,5%	47,5%	50,5%	51,4%	49,4%
	van	fő	77	93	275	34	479
	%	53,5%	52,5%	49,5%	48,6%	50,6%	
	összes	fő	144	177	556	70	947
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

2. sz. táblázat: A munkaterület és a krónikus betegségek előfordulása a válaszadók körében (n=947)

Khi-négyzet próbával kerestünk összefüggést a munkaterület (alapellátás, járóbeteg-ellátás, fekvőbeteg-ellátás, egyéb) és a krónikus betegségek előfordulása között. Elmondható, hogy a munkaterület szignifikánsan nem függ össze a krónikus betegségek előfordulásával ($p=0,766$). Ugyanez elmondható a munkarend és a krónikus betegségek összefüggésének elemzése során is: $p=0,423$, tehát nincs szignifikáns összefüggés a krónikus betegségek előfordulása, és a munkarend között.

Azok a kollégák (479 fő), akik valamely szervrendszert érintő krónikus megbetegedésről számoltak be, gyakran több szervrendszert is megjelöltek. (4. sz. ábra)

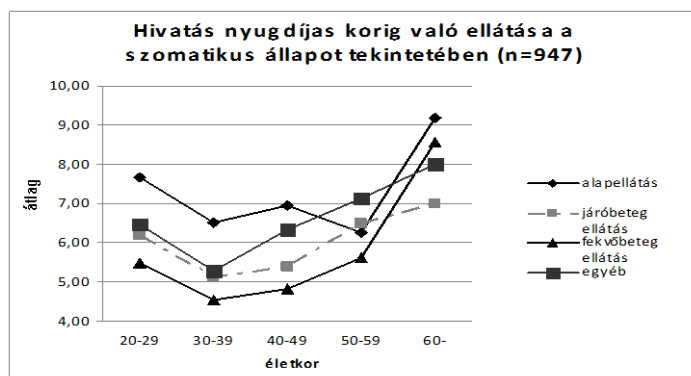


4. sz. ábra: Krónikus betegségek előfordulásának megoszlása a válaszadók körében (n=947)

Látható a mozgás-, keringési és emésztő szervrendszer megbetegedéseinek túlsúlya. Emellett jelentős számban számoltak be az endokrinrendszer krónikus megbetegedéseiről is.

Khi-négyzet próbával vizsgáltuk, hogy az egészségügyben eltöltött évek száma és a krónikus betegségek előfordulása között van-e összefüggés. A kapott eredmény $p=0,001$, ebből arra a következtetésre jutottunk, hogy az egészségügyi hivatásban eltöltött évek jelentősen megnövelik a krónikus betegségek előfordulásának esélyét, tehát szignifikáns összefüggés mutatható ki.

Kíváncsiak voltunk, hogy a szakdolgozók képesnek érzik-e a szomatikus állapotukat tekintve magukat arra, hogy jelen hivatásukat nyugdíjas korukig ellássák. Megkértük őket, hogy egy 10 fokozatú skálán jelöljék be, ha egyáltalán nem (1) vagy maradéktalanul (10) képesnek érzik magukat a hivatás nyugdíjas korig való ellátására. 947 válaszadó válaszait figyelembe véve az átlag pont 5,45 volt, így közepesnek mondható ez az eredmény. Az 5. sz. ábrán látszik, hogy a pályakezdő fiatalok mind a négy munkaterületen még képesnek érzik magukat szomatikusan arra, hogy hivatásukat nyugdíjas korukig ellássák, de a 20-as éveik vége felé közeledve egyre kevésbé érzik magukat képesnek, majd 30 éves kortól emelkedés figyelhető meg, és természetesen, minél közelebb érnek a nyugdíjas korhoz, annál nagyobb mértékben érzik magukat képesnek szomatikus állapotukat tekintve a hivatás nyugdíjas korig való gyakorlására.



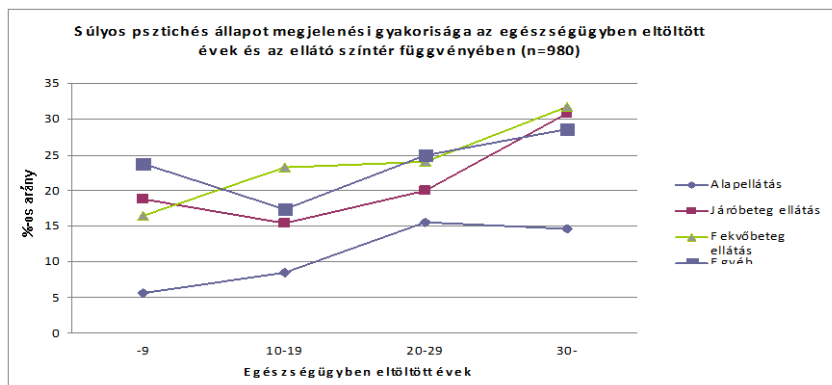
5. sz. ábra: Hivatás nyugdíjas korrig való ellátása a szomatikus állapot tekintetében (n=947)

Figyelemre méltó azonban a fekvőbeteg-ellátás területén dolgozó kollégák véleménye. Mivel e területen dolgozók átlagéletkora a legkisebb (az egyes ellátási területeken az átlagéletkorok: alapellátás: 43,3 év, járóbeteg-ellátás: 40 év, fekvőbeteg-ellátás: 38,1 év, egyéb: 40,7 év) jól mutatja, hogy csak kevesen képesek a nyugdíjas kor az ágy mellett ellátni a hivatásukat. Az a kevés számú ember sok esetben vezető beosztást tölt be (osztályvezető, részlegvezető).

III/3. Pszichés állapot

A kiégés mértékét egy „Kiegészítő Önértékelési Skála”-val mértük, mely a LEMON Az ápolók munkahelyi egészsége és biztonsága ápolási tananyag 10. füzetéből került felhasználásra (Hare, J., Pratt, C.C., Andrews, D. kérdőíve alapján). (1. melléklet)

A keresztábra-elemzés kapcsán, mely a kiégettségi szintet vizsgálta az egészségügyben eltöltött évekkel és az ellátási területtel összefüggésben, a következő eredmények születtek. Szignifikáns összefüggés volt kimutatható a súlyos kiégtség és az egészségügyi ellátási szint között: a járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó kollégák között szignifikánsan magasabb volt a súlyos kiégés előfordulásának valószínűsége, mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák esetében (járóbeteg-ellátás: $p=0,006$; fekvőbeteg-ellátás: $p=0,032$). A járóbeteg-ellátás területén, 30 éve a pályán tevékenykedő szakdolgozók esetén a súlyos kiégettségi és azt megelőző állapotban lévők aránya, elérte a 66,7%-ot. A fekvőbeteg-ellátás területén, ez az arány 58,5%. Ugyanitt, de mindössze 0-tól 9 évig itt dolgozók esetén ez az arány 35,6%. Elmondható, hogy a pályája elején lévő minden harmadik ápoló pszichésen beteg, vagy a kiégés előszobájában tartózkodik! Az alapellátásban dolgozó kollégák között van a legkevesebb kiégett személy, ellenben ha nem is szignifikánsan, de nagyobb arányban fordul elő a kiégtség a járóbeteg-ellátásban tevékenykedőknél. (6. sz. ábra)



6. sz. ábra: Súlyos pszichés állapot megjelenési gyakorisága az egészségügyben eltöltött évek és az ellátó szintér függvényében (n=980)

Szignifikáns kapcsolat mutatkozott az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés súlyossága között ($p=0,001$). Minél több időt tölt el a szakdolgozó az egészségügyben, annál inkább veszélyeztetett a „Burnout” szempontjából.

Khi-négyzet próbát végezve a szomatikus állapot megítélése és a kiégés súlyossága között, szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p<0,000$). A megfelelő szomatikus állapotban lévő kollégáknak mindössze 5,1%-ánál volt tapasztalható súlyos kiégés, míg a szomatikusan erősen megromlott egészségi állapotú kollégák 72,9%-a mutatta a súlyos kiégés tüneteit. Ez az eredmény is jól mutatja, hogy a szomatikusan beteg ember pszichéje is beteg, illetve fordítva.

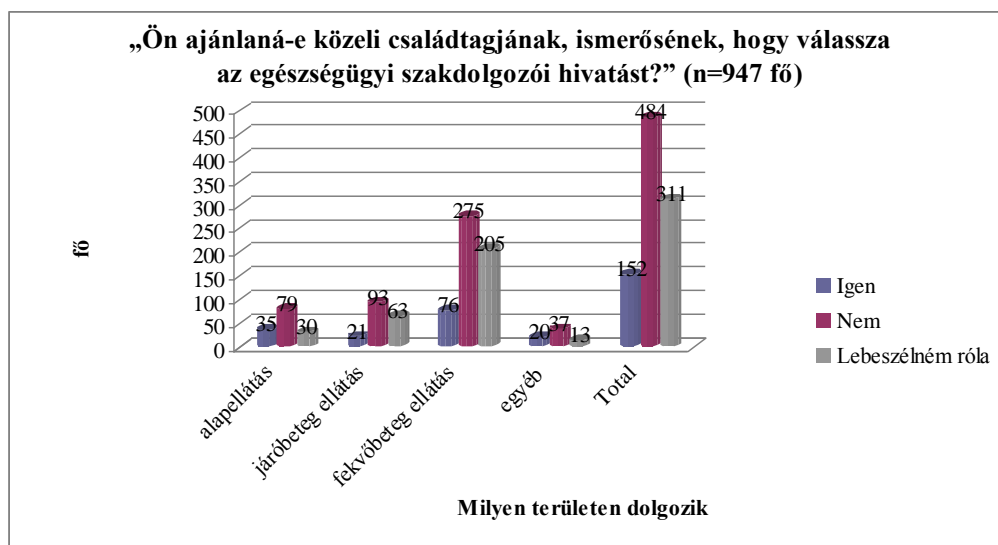
A folyamatos munkarendben dolgozóknál gyakrabban fordult elő a súlyos kiégés, mint az állandó délelőtti műszakban dolgozóknál, de meglepő módon nem jelentkezett szignifikáns összefüggés a munkarend és a kiégés előfordulása között ($p=0,237$). (3. sz. táblázat)

Count

		kiégés önértékelési skála				
		örökös eufória	jól csinálja	változtatás szükséges	súlyos pszichés állapot	Total
munkarend	állandó délelőtt	115	173	108	83	479
	három műszak	85	151	103	104	443
	állandó éjszaka	3	6	2	3	14
	ügyelet	4	7	8	11	30
	de és du	4	6	2	2	14
	Total	211	343	223	203	980

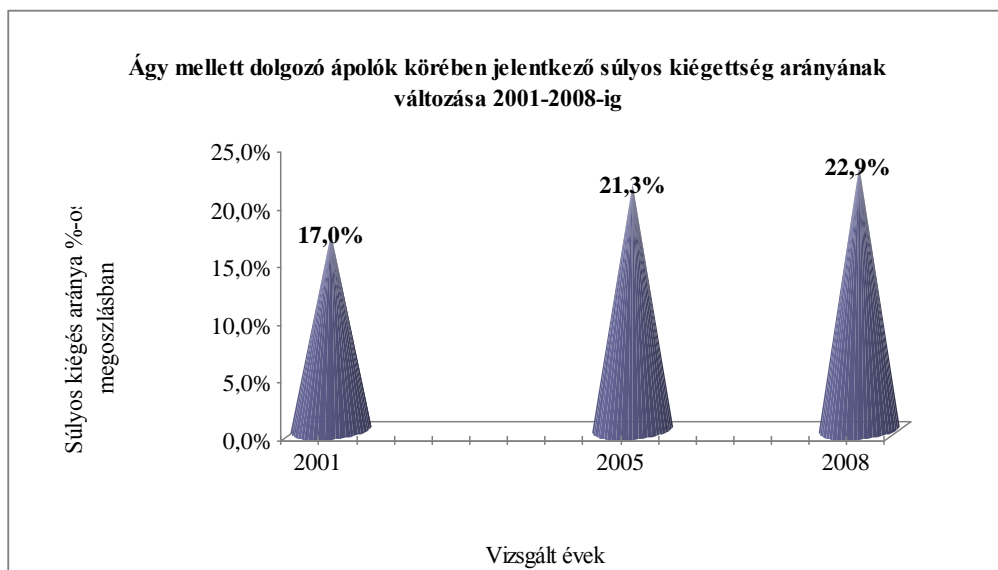
3. sz. táblázat: A kiégés és a munkarend kapcsolata (n=980)

A kiégéssel szorosan összefügg, hogy az egészségügyi szakdolgozók milyen képet alakítanak ki saját hivatásukról. A kérdőív záró kérdése a következő volt: „Ön ajánlaná-e közeli családtagjának, ismerősének, hogy válassza az egészségügyi szakdolgozói hivatást?” A lehetséges válaszok: igen, nem, lebeszelném róla. Igennel a válaszadók 16,1%-a, nemmel 51,1%-a válaszolt. A „lebeszelném róla” lehetőséget a válaszadók 32,8%-a jelölte meg, tehát a válaszadók 83,9%-a nem javasolná ismerősének az egészségügyi pályán való elhelyezkedést. (7. sz. ábra)



7. sz. ábra: Egészségügyi szakdolgozói hivatás ajánlása (n=947)

A betegágy mellett dolgozó ápolók körében egyértelműen emelkedett a súlyos kiégettség aránya az elmúlt 8 évben. 2001-ben 17%; 2005-ben 21,3%; 2008-ban 22,9%. (8. sz. ábra)



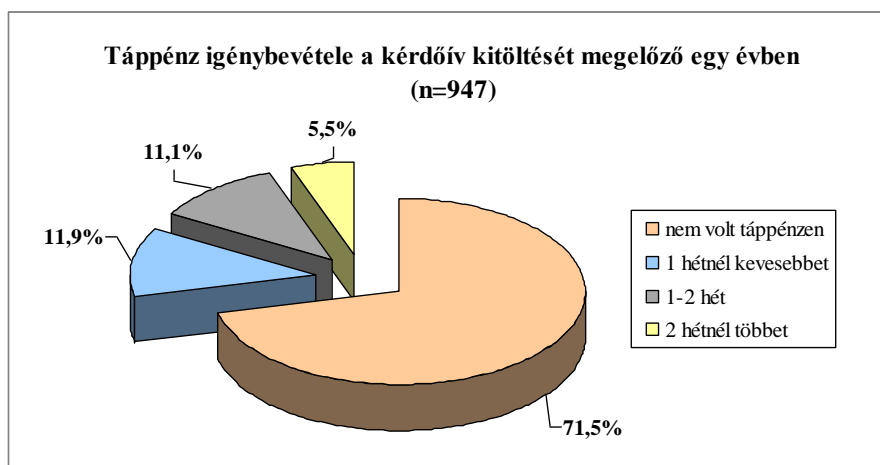
8. sz. ábra: Ágy mellett dolgozó ápolók kiégettség arányának változása 2001-től 2008-ig

III/4. Egészség-magatartás, orvoshoz fordulási szokások

Megkértük a résztvevőket, hogy írják le: Betegség vagy panasz esetén hány százalékban keresik fel orvosukat? (0%=soha, 100%=mindig) A válaszadók mindössze 32%-os orvoshoz fordulási hajlandóságot mutattak betegség vagy panasz esetén. 16,8% jelezte, hogy soha nem fordul orvoshoz!

Khi-néyzet próbát végezve nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az ellátási terület és az orvoshoz fordulás gyakorisága ($p=0,192$) között. Az egészségügyben eltöltött évek száma ($p=0,447$), és a munkarend ($p=0,463$) sem befolyásolja az orvoshoz fordulási gyakoriságot. Szignifikáns kapcsolat mutatkozott viszont az életkor és az orvoshoz fordulási hajlandóság között ($p=0,044$), vagyis minél idősebb az egészségügyi dolgozó, annál sűrűbben keresi fel orvosát panasz esetén.

Felmértük, hogy a válaszadók a kérdőív kitöltését megelőző egy évben mennyit voltak táppénzen. A válaszadók 71,5%-a nem volt táppénzen, és mindössze a válaszadók 5,5%-a volt távol a munkától több mint két hetet betegség miatt a felmérést megelőző egy évben. (9. sz. ábra)



9. sz. ábra: Táppénz igénybevétele a kérdőív kitöltését megelőző egy évben (n=947)

Feltételeztük, hogy az egészségügyben dolgozók hajlamosak öngyógyszerelésre, a panasz azonnali enyhítése érdekében valamilyen tablettát bevesznek, hiszen könnyebben jutnak gyógyszerekhez, mint az átlag populáció. A válaszadók 63,8%-a nem szed rendszeresen gyógyszert, 31,8% az előírásoknak megfelelően szedi a felírt gyógyszereket, és szerencsére –a várttal ellentétben– mindössze 0,9% jelezte, hogy többet vesz be, mint az előírt mennyiség.

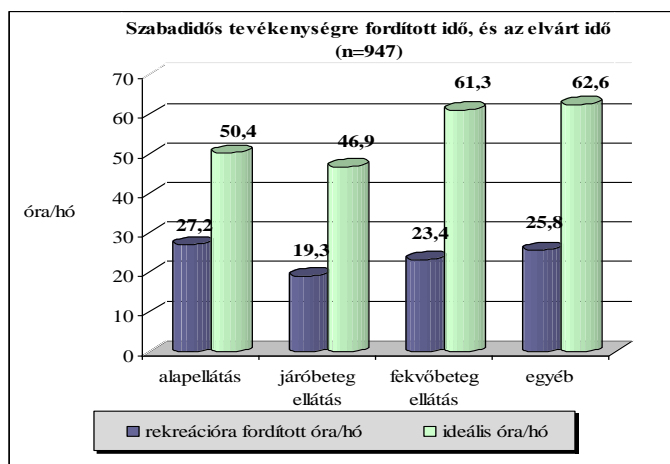
Korrelációs számításokkal az alábbi összefüggéseket találtuk: szignifikáns kapcsolat van a rendszeres gyógyszereszedés, az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma között. ($p < 0,000$) Ennek az lehet a magyarázata, hogy a kor előrehaladtával mind valószínűbb valamilyen krónikus betegség(ek) kialakulása, és emiatt szükségessé válik ezek gyógyszeres kezelése.

Nem találtunk összefüggést a gyógyszereszedési szokások és a munkarend ($p = 0,832$); valamint a gyógyszereszedési szokások és a munkaterület ($p = 0,408$) között.

Megkérdeztük a kollégákat, hogy mellékállással együtt (amennyiben van) havonta hány órát dolgoznak, illetve mennyi időt tudnak szabadidős tevékenységre fordítani, és mennyi lenne számukra az ideális idő? Az eredmények értékelésénél kizártuk azokat a válaszadókat (34 fő), akik 160 óra/hó-nál kevesebb munkaórát jelöltek meg. (Ezen személyek valószínűleg részállásban dolgoznak valamilyen egészségügyi ellátó intézményben.) Átlagnak a havi 174 munkaórát vettünk. T-teszttel megvizsgáltuk, hogy a válaszadók által megjelölt, havi munkára fordított idő hogyan tér el ettől az átlagtól. Azt találtuk, hogy a válaszadók átlag 184 órát dolgoznak havonta. Megnéztük, hogy a három műszakos munkarendben hogyan alakul a havi átlag munkaidő. Az eredmény 186 óra lett, ami 7%-kal több, mint a kötelező havi óraszám. Ez az eltérés nem mutatja azt, hogy az egészségügyi dolgozók milyen sokat túlóráznak, de a válaszadók között volt olyan (237 fő), aki havi 200 vagy ennél több ledolgozott órát jelölt meg. A varianciaelemzésből kapott ANOVA-táblázat (amely az egyes változók szignifikáns voltát vizsgálja) alapján szintén elmondható, hogy az alap- és járóbeteg-ellátásban dolgozók havi átlag munkaidejétől szignifikánsan eltér a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók havi átlag munkaideje ($p < 0,000$).

A varianciaelemzés arra is rámutatott, hogy a havi rekreációs tevékenységre fordított idő tekintetében nincs szignifikáns különbség az egyes ellátási területeken dolgozók között ($p < 0,06$). Az ideálisnak tartott rekreációs idő tekintetében jelentős eltérés mutatkozott a járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozók között ($p < 0,000$), vagyis a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók szignifikánsan több időt szeretnének szabadidős tevékenységgel eltölteni, mint a járóbeteg-ellátásban dolgozók.

T-teszttel megvizsgáltuk, hogy az egyes ellátási területeken a rekreációra fordított idő mennyisége összefügg-e az ideálisnak tartott szabadidő mennyiségével. Mind a négy ellátási területen pozitív irányú szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p < 0,000$), vagyis minél több időt fordít valaki szabadidős tevékenységre egy hónapban, annál magasabb az igénye a még több szabadidőre. A 10. sz. ábrán látszik, hogy mindegyik ellátási területre igaz, hogy az ideálisnak ítélt rekreációs időnek kb. 50%-át tudják csak e tevékenységre fordítani.



10. sz. ábra: Szabadidős tevékenységre fordított idő és az elvárt idő (n=947)

Kutatási tevékenységünkből származó cikkek:

1. Németh Anikó, Irinyi Tamás (2009): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3): 33–38.
2. Németh Anikó, Irinyi Tamás (2009): Egészségügyi szakdolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22 (4): 32–38.
3. Irinyi Tamás, Németh Anikó (2010): Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészéshez! *Nővér*, 23 (5): 23–31.
4. Irinyi Tamás, Németh Anikó (2011): Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME – Informatika és menedzsment az egészségügyben*, 10 (1): 25-28.
5. Németh Anikó, Irinyi Tamás, Lampek Kinga (2011): A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal. *Nővér*, 24 (2): 3–10.
6. Németh Anikó, Irinyi Tamás (2012): Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében. *Nővér*, 25 (3): 19–26.
7. Németh Anikó, Irinyi Tamás (2012): Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008-2012. *Nővér*, 25 (4): 28–35.
8. Irinyi Tamás, Németh Anikó (2012): A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiegészés. *Nővér*, 25 (5): 12–18.

Kutatási tevékenységünkből származó előadások:

1. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Jubileumi Kongresszusa, Veszprém: „Minket ki fog ápolni, ha ágynak esünk?” 2009.07.10.
2. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Jubileumi Kongresszusa, Veszprém: „Az egészségügyi reformok hatása a szakdolgozók lelki egészségére” 2009.07.10.
3. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa, Kecskemét: „Ápolók egészségmagatartása” 2010.06.25.
4. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa, Kecskemét: „Egy egészségfelmérés és annak következményei, eredményei” 2010.06.25. Különdíjjal kitüntetve

5. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Az MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottságának ülése, Szeged: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” 2010.11.15.
6. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Magyar Tudomány Ünnepe, Tudományos Felolvasó Ülés, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar „Egy intervenció hatása az ápolók kiégettségi szintjére” 2010.11.17.
7. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XLII. Országos Kongresszusa, Várgesztes: Szabadidő egészségünk érdekében! 2011.05.26–27.
8. Németh Anikó, Irinyi Tamás: XVIII. Szent-Györgyi Napok: „Egy intervenció hatása az ápolók kiégettségi szintjére” (Ismételt előadás) 2011.11.16. Szeged
9. Németh Anikó, Irinyi Tamás: MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottsága: „Kihívások és megoldások az ápolásban” c. tudományos ülése: „Ápolók egészségi állapotának összefüggése a szabadidővel” 2011.11.28. Szeged
10. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa, Szolnok: Menni vagy maradni? A Csongrád megyei szakdolgozók pszichoszomatikus állapotának vizsgálata, 2012.08.23–25.
11. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa, Szolnok: Menni vagy maradni? A Csongrád megyei szakdolgozók lelki egészsége, és a pályaelhagyási szándék kapcsolata, 2012.08.23–25.
12. Irinyi Tamás, Németh Anikó: XIV. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia és IX. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia Balatonfüred: Lelki egészség változása az egészségügyi szakdolgozók körében, 2012.09.13–15.
13. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók X. Országos Találkozója, Szeged: Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében, 2012.10.5–6.
14. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Ápolásmenedzsment I. Országos Középvezetői Konferencia, Budapest: Vezetői felelősség a beosztottak lelki egészségének védelmében. 2013.11.30.

Nemzetközi előadások:

1. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája Budapest: Beteg testben beteg lélek? 2012.10.18–20.
2. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája Budapest: Menni vagy maradni? Döntés a lelki egészség tükrében, 2012.10.18–20. A legjobb előadás címmel kitüntetve.

**MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet tisztségviselőinek, választott képviselőinek
2014. december 31-i állapot szerinti szakmai önéletrajzai**

Baloghné Fűrész Veronika

Baloghné Fűrész Veronika 1981-től dolgozik az egészségügyben. 1981/82-ben ápolói munkakörben dolgozott az I. sz. Kórház sebészeti osztályán, majd a főiskolai tanulmányai mellett, az I. számú rendelőintézet Szemészeti Szakrendelésén asszisztensi munkakörben. 1987-ben az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán védőnői diplomát szerzett, és védőnőként folytatta pályafutását a Szeged MJV Önkormányzat Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálatnál. 1987 augusztusa óta dolgozik a védőnői pályán. 2004-től a Szegedi Védőnői Szolgálat és az Anyatejgyűjtő Állomás vezető védőnője. 2007-től a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika önálló Védőnői Alapellátási Egység vezetője, emellett 2008 márciusától a Védőnői Alapellátási Egységhez integrált Iskolavédőnői Szolgálat vezető védőnői feladatait is ellátja. 1992–2006 között először gyakorlati oktatóként, majd főiskolai tanársegédként vett részt a szegedi védőnőhallgatók gyakorlati és elméleti oktatásában a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Védőnőképző Szakán. 2007-ben megválasztották a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Védőnői Tagozat vezetőjének, majd 2011-ben alapellátási alelnöknek. Munkája elismeréseként számos elismerést kapott: Igazgatói Dicséret, Egészségügyi Miniszteri Dicséret, Szociális Munkáért Díj, Kiváló Védőnői cím, Pro Sanitate Díj, Mesteroktatói cím.

Banga Béla Erik

Banga Béla Erik 1992-ben szerezte meg a felnőtt szakápoló képesítést a Kossuth Zsuzsanna Egészségügy Szakiskolában. 2004-ben az intenzív betegellátó szakápoló, 2005-ben egészség-tanár diplomát, majd 2012-ben a BSc ápoló képesítést szerezte meg a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán. 2014-ben végzett a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán okleveles ápolóként. 1993-tól az SZTE Szívsebészetén az Intenzív Szobában (Cardi Post) dolgozott, majd az osztály Hemodinamikai laborjában. 1996-tól az SZTE Aneszteziológiai Intézetében dolgozott gyakorló aneszteziológiai asszisztensként. 2003-tól a SZMJVÖ II. Kórház induló Sürgősségi Osztályán kezdett dolgozni. 2005–2009-ig főnővérhelyettes beosztásban. 2006-ban a MESZK Szeged Helyi Szervezet alelnökének, majd 2011-ben elnökének választották meg. Számos továbbképzést szervezett és előadást tartott.

Dékány Nóra

Dékány Nóra 1998-ban kezdte az egészségügyben pályafutását a vérellátó osztályon. 2002-ben az orvosi laboratóriumi technikai asszisztensi végzettséget szerezte meg a budapesti Szentágotthai János Egészségügyi Szakképző Iskolában. 2005-től (mai nevén) a Csongrád megyei Egészségügyi Ellátó Központ Központi Laboratóriumba került, ahol 2011-től mint laborvezető asszisztens végzi munkáját. 2013-ban végzett a Pécsi Tudományegyetem Kaposvári Képzési Központ Egészségügyi Főiskolai Karán az orvosi laboratóriumi és képződiagnosztikai analitikus szakon. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának 2005-ben történt megalakulása óta tagja, és a megalakításában tevékenyen vett részt. 2006-ban a MESZK

Csongrád Megyei Területi Szervezet Számvizsgáló Bizottságának tagjának választották meg. 2007-től mint megválasztott Számvizsgáló Bizottsági elnök végzi köztestületi munkáját. 2015-től a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Küldöttgyűlésén elfogadásra került a Szociális Alap létrehozása, melynek megalakulása óta vesz részt az ezzel kapcsolatos bizottsági munkában.

Farkas Rózsa

Farkas Rózsa 1996-ban érettségizett a szegedi Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakközépiskola és Gimnáziumban és egyben megszerezte az általános ápolói és asszisztensi képesítést is. 2000-ben a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szak Nappali Tagozatán végzett diplomás ápolóként. 1998-ban transzfúziós tanfolyamot, majd 2003-ban asztma nővér tanfolyamot végzett. 2000-től 2003-ig a CSMÖ Mellkasi Betegségek Szakkórház Tüdőgyógyászati Tanszékén, majd azt követően a Szakkórház Kardiológiai Rehabilitációs Osztályán diplomás ápolója. 2012-től a főállása mellett a Szegedi Szolgáltatási Középiskola és Szakiskola Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi és Könnyűipari Tagintézményének egészségügyi szakoktatója részmunkaidőben. A kamara megalakulása óta különböző tisztségeket tölt be. 2004–2006 között elnökségi tag, 2006–2011 között MESZK Szegedi Helyi Szervezetének elnöke, 2011-től a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet fekvőbeteg-ellátási elnöke.

Gyengéné Tarnawa Gabriella

Gyengéné Tarnawa Gabriella 1986-ban a makói Juhász Gyula Szakközépiskola egészségügyi tagozatán érettségizett. 1986-tól 2004-ig a deszki Mellkasbetegségek szakkórházában dolgozott légzésfunkciós asszisztensként. 1989-ben a Budapest Dolgozók Egészségügyi Szakiskolában végezte el a légzésfunkciós és sportegészségügyi asszisztensi képzést. 2004 óta a makói CSMEEK Hódmezővásárhely–Makó Kórházában dolgozik a fül-orr-gégészeti és audiológiai szakrendelésen asszisztensként. 2012-ben a Budapest AIB-VINCOTE HUNGARY KFT iskolában szerezte meg az audiológiai szakasszisztens és hallásakusztikus képesítést. A MESZK-nek megalakulása óta tagja. 2008 óta a MESZK Makói Helyi Szervezet alelnöki tisztségét tölti be.

Irinyi Tamás

Irinyi Tamás az SZTE Pszichiátriai Klinika munkatársa 1990 óta. 1992-ben ápolói végzettséget szerzett, majd pszichiátriai ápoló és gondozóit, diplomás ápolóit, egyetemi okleveles ápolóit, illetve egészségügyi gyakorlatvezetőit. 1995-től részt vesz az egészségügyi szakdolgozói elméleti és gyakorlati képzésben és továbbképzésben. Magyar Ápolási Egyesület Pszichiátriai Tagozatának a megalakításában részvétel; 2004 óta MESZK megyei elnök; Ápolás szakmai kollégium tagja volt; 2010. október 25-től a Szegedi Tudományegyetem Szenátusának tagja. 1999-ben a SZOTE-n az „Az év oktatója” címet; 2011-ben „Oktató Ápoló” címet kapta. 2012-ben Pro Sanitate kitüntetésben részesítették. 2015-től a Szegedi Tudományegyetem Mesteroktatói kitüntető cím birtokosa.

Kis Tamás Lászlóné

Kis Tamás Lászlóné 1984-ben végzett általános ápoló és asszisztensként a Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakközép- és Szakiskolán majd szülésznői, körzeti ápolói, diplomás ápolói,

egyetemi okleveles ápolói, ellátottjogi képviselő végzettséget szerzett. Letette a szociális alapvizsgát. 1984 és 2001 között dolgozott a Szentés Kórház Baleseti sebészeti osztályán ápolónőként, a Csongrádi Szülőotthonban szülésznőként, házi orvosnál körzeti ápolóként. 2001-től CSMÖ Aranysziget Otthon intézményvezető ápoló-helyettesként, 2003-tól CSMÖ Pszichiátriai Ápoló Otthona Szentés intézményvezető ápolójaként dolgozott. 2010 óta az Aranysziget Otthon igazgatója. MESZK Szentési Helyi Szervezet megalakításában tevékenyen részt vett, és a megalakulása óta a szervezet alelnöke. Szakmai vizsgálónői feladatot is ellát.

Kiszel Attila István

Kiszel Attila István a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet I-es részlegének profilvezető ápolója. Középiskolába a békéscsabai Hugonnai Vilma Egészségügyi Szakközépiskolába járt. Munka mellett felnőtt szakápolói és intenzív betegellátó szakápolói szakképesítést, egészség-tanári és BSc ápoló végzettséget szerzett. Több mint 10 éves beosztott ápoló munkakör betöltése után 2005-től az OKJ ápolók, diplomás ápolók, intenzív betegellátó szakápolók, aneszteziológiai szakápolók, sürgősségi szakápolók gyakorlati képzésében vesz részt. 2011. január 1-től látja el egy sebészeti profilú intenzív osztály profilvezető ápoló tisztségét. 2011. december 8-tól a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Szeged helyi alelnöke. 2013. május 22-én megkapta az Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Kiváló Ápoló díját.

Kovácsné Mátó Edit

Kovácsné Mátó Edit 1985-ben a makói Juhász Gyula Szakközépiskola egészségügyi tagozatán érettségizett. 1988-ban a Kossuth Zsuzsanna szakközépiskolában elvégezte a fizioterápiás asszisztensi képzést, majd 2014-ben elvégezte a szakasszisztensi képzést is. 2006-2009-ig a Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karán a Munkaügyi kapcsolatok és társadalombiztosítási igazgatási szakán tanult társadalombiztosítási tanácsadó diplomát szerzett.

1987-től 1995-ig a Szeged Megyei Jogú Város Kórház–Rendelőintézetében dolgozott a fizioterápián. 1995-től 1999-ig a szegedi Egyesített Szociális Otthonban dolgozott osztályvezető nővérként. 1998-tól 2002-ig a Korbay Otthoni Szakápolási Szolgálat koordinátora és fizioterápiás asszisztense. 2002-től 2010 márciusáig a Vasútegészségügyi kft. szegedi rendelőintézetében a fizioterápián dolgozott. Jelenleg az SZTE I. Belgyógyászati Klinikán tevékenykedik asszisztensként. Kezdetektől részt vett a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezetének és a Fizioterápiás-gyógytornász Csongrád Megyei Tagozatának felállításában. 2004-től a Csongrád megyei területi szervezet Választási Bizottságának elnöke lett. 2011-től a Járóbeteg-ellátási alelnök tisztséget tölti be.

Dr. Németh Anikó

Dr. Németh Anikó 2001-ben végzett a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán ápolóként, majd 2005-ben okleveles ápoló képesítést szerzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán, ahol 2013 decemberében sikeresen megvédte PhD-értekezését is. 2001-től 2010-ig a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján dolgozott beosztott ápolóként. 2008-2009-ben otthoni hospiceápolásban is dolgozott, 2009-ben hospice szakápoló és koordinátor képesítést szerzett. 2009 augusztusa óta a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán oktat

egészségpedagógia, egészségfejlesztés, kutatómunka és statisztika tantárgyakat védőnő, dentálhigiénikus, ápoló és gyógytornász hallgatók számára. Számos hazai kongresszuson tartott előadást, tudományos folyóiratokban megjelent publikációinak száma magyar nyelven 32, angol nyelven 1, illetve egy tankönyv fejezet orosz nyelven. 2014-ben kezdeményezte a Hospice szakápolástan c. könyv megírását, melynek szerkesztője és egy könyvfejezet megírója (Medicina Könyvkiadó Zrt. 2015). A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának megalakulása óta tagja, 2007 júniusa óta a Csongrád Megyei Területi Szervezet Területi Oktatási Bizottságának elnöke.

Török Jánosné

Török Jánosné 1972. március 10. óta dolgozik a Szentesi, Dr. Bugyi István Kórházban. 36 év szakmai tapasztalattal rendelkezik az egészségügyben. 1975-ben munka mellett szerzett általános ápolói végzettséget. Ettől az évtől folyamatosan az Ideg-Elme Osztályon dolgozik. 1979-ben leérettségizett. 1985-ben gyógyfoglalkoztató asszisztens képesítést szerzett. 1986 április 15-től pályázattal elnyerte a Női Elme részleg főnővéri feladatát. 1996-ban diplomás ápoló lett. 2002-ben az ETI-ben egészségügyi menedzserként végzett. A MESZK alapító tagja, és kezdetektől a Szentesi Helyi Szervezet elnöke.

Törökné Kátai Edina

Törökné Kátai Edina 1987-ben szerezte meg az általános ápoló és általános asszisztensi végzettségét Hódmezővásárhelyen. 1988-ban szülésznő, majd 1999-ben OKJ-s szülésznői képesítést szerzett. 2007-ben egészségügyi menedzserként végzett. Pályafutását az Erzsébet Kórház Szülészeti Osztályán kezdte 1987-ben. 2003-tól 2007-ig osztályvezető szülésznőként tevékenykedett. 2007-től az Erzsébet Kórház Egynapos sebészet osztályvezető főnővére. A MESZK Hódmezővásárhelyi Helyi Szervezet alapító tagja és elnöke.

Somogyi Katalin

Somogyi Katalin 1980-ban érettségizett a Frankel Leo Egészségügyi Szakközépiskolában, ahol egyben az általános ápoló és általános asszisztensi képesítést is megszerezte. 1981-ben csecsemő és gyermekgondozó, 1987-ben általános laboratóriumi asszisztens, 1999-ben foglalkozás-egészségügyi szakápoló, 2006-ban cytológiai szakasszisztens végzettséget szerzett. 1980-82 között Hódmezővásárhelyen a Módszertani Bölcsődében gondozónő, 1985-től-1999-ig az Erzsébet Kórház Központi Laboratóriumában laborasszisztens, 1999-ben a Hód-Mg. Rt. orvosi rendelőjében foglalkozás-egészségügyi asszisztens, majd ezt követően 2005-ig Villeroy és Boch Mo. Rt. orvosi rendelőjében labor- és foglalkozás-egészségügyi asszisztens. Jelenleg az Erzsébet Kórház Pathológiáján dolgozik cytológusként 2005 óta.

Dr. Szilágyiné Gál Eszter

Dr. Szilágyiné Gál Eszter a gyomai Kiss Lajos Gimnáziumban érettségizett 1984-ben. Majd ezt követően rögtön a Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház-Rendelőintézet Gyermekosztályán helyezkedett el. További tanulmányait munka mellett végezte. 1987-ben általános ápoló és asszisztens, 1988-ban gyermekápolói, 1993-ban aneszteziológus szakasszisztens, 2002-ben pedig Ápoló (OKJ) végzettséget szerzett. Jelenleg is a CSMEK Hódmezővásárhely-Makó Kórházban dolgozik kötözős nővérként a Sebészeti Osztályon. Részt vett a Szakdolgozói

Kamara létrehozásában, és kezdetektől fogva a MESZK Makói Helyi Szervezet elnöki posztját tölti be.

Ujhelyiné Papp Teréz

Ujhelyiné Papp Teréz a Tömörkény István Gimnázium és Szakközépiskolában érettségizett, majd azt követően 1976-ban a Szeged Megyei Jogú Város Tanács Kórháza Központi Laboratóriumában kezdett dolgozni. majd jogutódjánál a Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza Központi Laboratórium Diagnosztika Osztályán folytatta munkáját 2003-ig. 2004-től a Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Szakorvosi Ellátás Integrált Laboratóriumában, 2007-től a SZTE ÁOK Laboratóriumi Medicina Intézetben végzi hivatását. Laboratóriumi vezető asszisztens 1998–2007 között. Főigazgatói dicséretben részesült 1998-ban. Tanácsosi cím birtokosa 2001-től, a MESZK Szakmai Díját 2014-ben kapta meg. A Magyar Orvosi Laboratóriumi Szakdolgozók Egyesületének tagja 1996-tól, vezetőségi tag 1999–2011 között. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara megalapításában részt vett. A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezetének 2005-től általános alelnöke. Számos előadást tartott és szakmai rendezvény szervezésében vett részt.

Varga Sándorné

Varga Sándorné 1969. február 11-én Gyulán a Semmelweis Ignác Egészségügyi Szakiskolában általános betegápolói képesítő vizsgát tett. 1967. március 16-tól a SZOTE Fül-Orr-Gége Klinikán dolgozott 3 műszakos ápolónőként, majd 1973-ban osztályvezető ápolónak nevezték ki. 1995 szeptemberétől nyugdíjazásáig a SZOTE Ápolás Igazgatásán szakoktató, oktatásszervezőként dolgozott. 1989. A Magyar Ápolási Egyesület alapító tagja. 1995-től a MÁE Szakoktatói szekció dél-alföldi vezetője. Több éven keresztül az Egészségügyi Szakdolgozók Kongresszusán előadásokat tartott. 1990-ben Nyíregyházán az elhangzott előadásért a Kórház különdíját kapta. 1995 júniusában a Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai karán egészségügyi szakoktatói szakon diplomát szerzett. 1997-ben a Szegeden megrendezett Egészségügyi Szakdolgozók Jubileumi Kongresszusán a Tudományos Bizottság tagja. 2001-ben a betegápolásában 35 éven át végzett munkájáért Egészségügyi Miniszteri Kitüntetésben részesült. 2004-ben a MESZK területi Szervezőbizottság tagja. 2007-től jelenleg is a Csongrád Megyei Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Bizottságának elnöke.

A Csongrád Megyei Területi Szervezet oktatási tevékenysége 2007-től 2014-ig

(dr. Németh Anikó, a Területi Oktatási Bizottság elnöke)

A Területi Szervezet 2007-ben kezdte oktatási tevékenységét továbbképzések szervezésével. Kezdetben a Szegedi Helyi Szervezet elnöke, Farkas Rózsa végezte a továbbképzések szervezését Kamarai Nyílt Nap keretében, majd 2007 nyarán megalakult az Oktatási Bizottság hét fővel. A tagok kezdeti lelkesedése alább hagyott, így az Oktatási Bizottság 2012 tavaszáig egy személyben működött a Területi Elnökség segítségével. 2012-ben a Területi Szervezet kinevezte dr. Németh Anikót a Területi Oktatási Bizottság elnökének, és megválasztotta két tagját (Batári Erika, Kojnok Tünde). Az év során a Bizottság tagjai módosultak, az elnök személye maradt, a tagok változtak (Hasznosné Bankó Ágnes, Fekete Linda).

A Területi Oktatási Bizottság végzi a szabadon választható továbbképzések szervezését, lebonyolítását és dokumentálását. 2013 óta kibővült a Területi Oktatási Bizottság feladata a kötelező szakmacsoportos továbbképzések ellenőrzésének megszervezésével.

Továbbképzéseink eddigi előadói lehetőséget kaptak arra, hogy előadásukat írott formában is közzétegyék. A továbbiakban a lehetőséggel élni kívánt előadók előadásainak teljes szövege olvasható időrendi sorrendben, valamint azon előadók előadásainak absztraktjai, akik nem éltek a publikálási lehetőséggel.

2007-től szervezett önálló továbbképzések időrendben

Sürgősségi betegellátástól a rehabilitációig (B): 9 pont, Szeged, Csongrád, Makó, Hódmezővásárhely, összesen 575 résztvevővel.

Előadók:

- Banga Béla Erik: A Sz.M.J.V.Ö. Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály betegadminisztrációjának minőségbiztosítási változásai a 2003-as megnyitás óta, tapasztalatok, jövőbeni tervek
- Borsos Ildikó: Korunk népbetegsége a hypertónia
- Korbay Istvánné: Hogyan tovább otthoni szakápolás?
- Vecsernyés Erzsébet, Farkas Rózsa, Máthéné Köteles Éva, Császárné Mészáros Ildikó: A krónikus légzőszervi betegek komplex rehabilitációs programjának bemutatása
- Török Jánosné: Folyamatosan képzett ápolótól minőségi munka várható

Az újraélesztés aktuális kérdései (B): 9 pont, Szeged, Csongrád, Makó, Szentes, Nagymágocs, összesen 534 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: Az újraélesztés története
- Dr. Kiss Judit: Etikai és jogi szempontok az újraélesztés során
- Mracskó Valéria: A gyermekújraélesztés ápolási vonatkozásai

- Lunk Henrietta: A Magyar Resuscitatio Társaság 2006. évi felnőtt alap szintű (BLS) és emelt szintű (ALS) újraélesztési irányelvei
- Ivánkovits László: Újraélesztés sürgősségi helyzetekben

Szakedolgozói teammunka a cukorbetegség ellátásában (B): 7 pont, Szeged, Szentes, összesen 268 résztvevővel.

Előadók:

- Pál Irén Veronika, Szabados Ferencné: A diabetes mint cardiovascularis kockázati tényező szakedolgozói szemmel
- Illésné Pál Erzsébet: A cukorbetegség szövődményei, a cukorbeteg oktatásának fontossága
- Kissné Galamb Julianna: Az inzulinpumpa szerepe a diabetes szövődményeinek megelőzésében
- Császárné Mészáros Ildikó: Étrendi tanácsok cukorbetegség számára
- Kubányi Jolán: Glikémiás index

Az újszülöttek korai hazaadása kapcsán felmerülő problémák a területi gyermekgyógyászati alapellátásban (B): 5 pont, Szeged, összesen 82 résztvevővel.

Előadók:

- Dr. Orvos Hajnalka PhD: Korai hazaadás újszülöttosztályról
- Lévai Lászlóné: A védőnői felelősségvállalás átalakulása a gyermekgyógyászati alapellátás megváltozott keretei között
- Dr. Szabó Hajnalka: Koraszülöttek hazaadásával kapcsolatosan felmerülő problémák
- Tobak Orsolya: A védőnő feladatai a korai hazaadást követő napokban
- Dr. Karg Eszter PhD: Újszülöttkori anyagcsere-betegség szűrővizsgálatai

Szakedolgozók helye és szerepe az akut szívmeghaltás korszerű ellátásában (B): 9 pont, Szeged, összesen 361 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: Az atherosclerosis kialakulásának folyamata
- Túri Mihály: Heveny szívmeghaltásos beteg prehospitalis sürgősségi ellátása
- Banga Béla Erik, Dr. Schneider Erzsébet, Dorogi Magdolna: Intervenciós beavatkozást igénylők betegútja a felvételtől a haemodinamikai laborig
- Nógrádi Erika: Percutan coronaria intervenció (PCI)
- Kovács Gyöngyi: Az ACS-s, intervención átesett betegek ápolása
- Lőrinczné Vecsernyés Erzsébet, Farkas Rózsa: Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja

A hospice-ellátás elméleti és gyakorlati alapjai (A): 40 pont, Szeged, Hódmezővásárhely, összesen 78 résztvevővel. A továbbképzést újra pontosítottuk „Alapvető hospice-ismeretek, elméleti és gyakorlati alapok” címmel, bővített tartalommal (39 pont), melyen Szegeden 10 fő vett részt.

Előadók:

- Kojnok Tünde: A hospice fogalma, szellemisége
- Németh Anikó: Klinikai ismeretek I–II., A halál, haldoklás pszichológiai jellemzői, A gyász
- Kristóf Csaba: Terminális betegek ellátásának jogi és etikai kérdései
- Irinyi Tamás: Kommunikáció; Stressz, stresszkezelés, konfliktuskezelés
- Monostori Dóra: Veszteségek útjai I., II., III.

Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során (B): 8 pont, Szeged, Makó, Szentes, Hódmezővásárhely, összesen 841 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: Az ápolás etikai vonatkozásai
- Barnáné Turcsoki Andrea: Szakdolgozóktól elvárt etikai viselkedés, etikai normák
- Farkas Rózsa: Vallás és egészségügyi ellátás
- Banga Béla Erik: Betegjogok az egészségügyi ellátásban, valamint tájékoztatás az ellátás során
- Lunk Henrietta: Eutanáziával kapcsolatos állásfoglalások

MRSA fertőzés okozta napi kihívások szakdolgozói szemmel (B): 8 pont, Szeged, Csongrád, Makó, összesen 881 résztvevővel.

Előadók:

- Nagyné Dósa Éva: Mit kell tudni az MRSA-ról?
- Toroczka Gyöngyi: Az MRSA fertőzések elleni védelem sebészeti osztályon
- Túrinné Zabos Erika: MRSA pozitív betegek ellátása infektológiai osztályon
- Kollárné Hám Éva: A gyermekek megvédhetők az MRSA fertőzéstől?
- Farkas Rózsa: Gyakorlati feladatok multirezisztens kórokozók által okozott légzőrendszeri fertőzések esetén
- Banga Béla Erik: Az MRSA és terjedése elleni védelem helyzete a szegedi egészségügyi ellátó rendszerben

A fájdalomról fájdalommentesen (B): 8 pont, Szeged, Hódmezővásárhely, Makó, Szentes, összesen 1034 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: A fájdalom élettana
- Irinyi Tamás: A fájdalom hatása a pszichére, illetve a személyiségre, avagy értsük meg jobban a fájdalom okozta lelki kínokkal küszködőket
- Lévainé Bodrogi Klára: Akut fájdalmak gyógyszeres csillapítása
- Kristóf Csaba: Krónikus fájdalmak csillapítása
- Rónyai Edit: A fájdalomcsillapítás lehetőségei a fizioterápia módszereivel

Négy új terápiás ellátás az egészségügyben (B): 8 pont, Szeged, összesen 343 résztvevővel.

Előadók:

- Prof. Dr. Borbényi Zita: Az őssejt-transzplantáció lényege
- Farmasi Henrietta: Az őssejt-transzplantáció ápolói vonatkozásai
- Dr. Rovó László: Indikációs területbővítés Magyarországon a BAHA (Bone Anchored Hearing Aid) implantációban: Szegeden megtörtént az első felnőttkorban végzett beültetés
- Farkas Lajos: Hallókészülékem története
- Ungi Lászlóné, Lakatosné Varga Marianna: Az ápoló szerepe a psoriasis vulgarisban szenvedő betegek biológiai terápiájának alkalmazása során, különös tekintettel a Remicade terápiára
- Dr. Gyulai Rolland: Biológiai terápiák alkalmazása pikkelysömörben

Hogyan oktassunk? (B): 9 pont, Szeged, Hódmezővásárhely, összesen 551 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: A betegoktatás irányelvei
- Hrabovszki Antalné: Csontritkulás, a néma járvány
- Kovács Éva: A betegoktatás jelentősége a cukorbetegségben
- Irinyi Tamás: A szakdolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban
- Kristóf Csaba: Neuropáthias betegek oktatása
- Farkas Rózsa: Lehetőségek a légzőszervi betegek egészségfejlesztésében

Kendőzetlenül a halálról és a gyászról (B): 10 pont, Szeged, Makó, összesen 577 résztvevővel. A továbbképzést újra pontoztattuk „Beszéljünk nyíltan a halálról és a gyászról!” címmel, bővített tartalommal (18 pont, szabadon választható), melyen Szegeden 517 fő vett részt.

Előadók:

- Németh Anikó: A halállal kapcsolatos attitűdök és ezek változásai a történelem folyamán
- Lantos Katalin: A haldoklás pszichológiai stádiumai, a haldokló betegek pszichés támogatása a beteg haldoklásának időszakában
- Kojnok Tünde: Haldokló betegek ellátásának szellemisége
- Monostori Dóra: A gyermek halálképeinek és gyászfelfogásának változása az életkor folyamán
- Irinyi Tamás: A gyászreakciók jellemrajza
- Kristóf Csaba: Terminális stádiumban lévő betegek ellátásának jogi és etikai kérdései

Új vesével élni (B): 7 pont, Szeged, összesen 310 résztvevővel.

Előadók:

- Dr. Gyura Erika, Prof. Dr. Molnár Zsolt: A donorrá nyilvánítás etikai dilemmái
- Kiszél Attila István: A donorgondozás szakápolói feladatai
- Dr. Szederkényi Edit: A vesetranszplantáció alapjai
- Dán Andrásné: Transzplantált betegek oktatása
- Katona Zsolt: Veseátültetésem története

Mit rejt a pohár feneké? Avagy az alkoholbetegségről leplezetlenül (B): 6 pont, Szeged, Szentes, összesen 644 résztvevővel.

Előadók:

- Bodóné Rafael Beatrix, Andó Bálint: Az alkohol rabságában
- Nikovics Balázs: OMSZ-ellátás akut alkoholbefolyásolt és alkoholbetegek esetén
- Banga Béla Erik: Az alkoholbetegek és intoxikált betegek sürgősségi ellátása
- Katona Enikő, Szeri Szilvia: Az alkoholmegvonásos szindrómákról ápolói szemmel
- Szűcs Beáta: Alkoholista beteg anesztéziai vonatkozásai
- Török Mónika: Az alkoholizmus és a szociális süllyedés

Pre és posztanalitika az orvosi laboratóriumban (B): 9 pont, Szeged, Makó, összesen 363 résztvevővel.

Előadók:

- Irinyi Tamás: A laboratóriumon kívüli preanalitikai lépések és hatásuk a vizsgálatra küldött minták minőségére
- Sütő Dávid: Orvosi laboratóriumban belüli preanalitikai folyamatok
- Sütő Dávid: Interferáló tényezők hatása a laboratóriumi eredmények értelmezésére
- Lókiné Farkas Katalin: Posztanalitikai folyamatok az orvosi laboratóriumban, az eredményközlés felelőssége, autovalidálási folyamatok
- Dr. Araczkai Ágnes: Pre- és posztanalitikai folyamatokban alkalmazott minőségindikátorok jelentősége

Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése (B): 9 pont, Szeged, Szentes, összesen 951 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: A sebek típusai, a sebgyógyulás folyamata
- Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei
- Boros Katalin Gyöngyi: Az akut sebellátás szakdolgozói feladatai
- Arany Ida: A decubitus ellátásának általános elvei
- Móricz János: A modern (nedves sebkezelő) termékek indikációi és alkalmazásának módjai

Híd a szájüregi egészséghez (szabadon választható): 17 pont, Szeged, Csongrád, összesen 321 résztvevővel.

Előadók:

- Bácsfalusi Katalin: Legmodernebb eljárások a képi diagnosztikában
- Hódi Annamária: A biofogászat térhódítása napjainkban
- Kojnok Tünde: Akut helyzetek a fogászati rendelőben
- Idovika Bettina: Prevenció a családtervezéstől felnőttkorig
- Varga Csabáné: Korszerű anyagok a fogászatban
- Németh Anikó: Élménybeszámoló – Implantációm beültetésének története

Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai (B): 10 pont, Szeged, Makó, összesen 518 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: A mágnes hatása a szervezetre
- Petrovna Ráti Lilla: Életmód-tanácsadás és terápia és a természetgyógyászati társszakmák kapcsolódásai
- Ménesiné Barta Valéria: Fitoterápia alapjai
- Farkas Rózsa: Mozgásterápia és a rehabilitáció kapcsolata
- Irinyi Tamás: Fényterápia reflektorfényben
- Szabóné Tóth Edit: Reflexológia

Korunk népbetegségei (B): 9 pont, Szeged, Makó, Szentes, összesen 929 résztvevővel.

Előadók:

- Tények és tévhitek a depresszióról
- Németh Anikó: Élménybeszámoló a fogimplantációról
- Baranyi Csaba: Diabetesek ellátása – Csapatban az aktív életért
- Benkóné Szenteczki Magdolna: Diabetes és diéta
- Fekete Lászlóné: A diabetes szövődményeinek megelőzése
- Fekete Linda: Virtuális colonoscopia

A szakdolgozói hivatás színes világa (B): 6 pont, Szeged, 255 résztvevővel.

Előadók:

- Rácz Szilvia: A reklám hatása a vény nélküli gyógyszerek forgalmára
- Rácz Zsuzsanna: Az első benyomás hatalma
- Kaszás Imre: Amit a CT-ről és az MR-ről tudni érdemes...
- Vecsernyés Erzsébet: Tudnivalók, aktualitások a véralvadásgátló kezeléssel
- Bozóki Hajnalka: Az akut mélyvénás trombózis kezelése
- Varga Mónika: A kompressziós terápia jelentősége a klinikumban

Koponyaűri vérzések az észleléstől a rehabilitációig (szabadon választható): 16 pont, Szeged, Makó, összesen 301 résztvevővel.

Előadók:

- Rác Tibor: Stroke és koponyaűri vérzések a mentőellátás területén
- Banga Béla Erik: Koponyaűri vérzéses állapotok okai, ellátása – sürgősségi szemlélet
- Botyánszky Márta: Az intracranialis aneurizmák endovascularis ellátása
- Kovács Árpád: SAH-Stroke aneszteziológiai vonatkozása a műtéti vagy invazív radiológiai ellátás során
- Benyó Lajos: Koponyaűri vérzések intenzív ellátásának sajátosságai műtétig és a műtétek utáni intenzív szakápolás
- Rónyai Edit, Varga Márta, Fehérné Kiss Anna: Vérzéses agyi történések utáni mozgásterápia szempontjai
- Szupera Enikő: A prevenció szinterei a születéstől a kockázati tényezőkön át az agyi érkatasztrófaig

Minden, amit az ápolási folyamatról és a dokumentációról tudni érdemes (szabadon választható): 14 pont, Szeged, Hódmezővásárhely, Makó, Szentes, összesen 723 résztvevővel.

Előadók:

- Németh Anikó: Az ápolási folyamat elmélete
- Hasznosné Bankó Ágnes: Ápolási folyamat egy konkrét eset kapcsán
- Kristóf Csaba: Az ápolási dokumentáció vezetésének jogi háttere
- Babarci Ágnes: Betegazonosítás, a betegtranszport dokumentációja az egészségügyi ellátás során
- Kiszél Attila István: Intenzív dokumentálás az Intenzív Osztályon

Fejezetek a sürgősségi ellátás témaköréből (szabadon választható): 16 pont, Szeged, összesen 474 résztvevővel.

Előadók:

- Pukánszky Judit: Hirtelen bekövetkező trauma lelki hatásai
- Horváth Ádám: Betegellátási, megfigyelési protokoll
- Banga Béla Erik: Sürgősségi labordiagnosztika, differenciáldiagnosztika és szakdolgozói aspektusai
- Bakacsi Katalin: Sürgősségi betegellátás gyermekkorban
- Baloghné Fűrész Veronika: A sürgősségi fogamzásgátlás

Sokszínű diétetika (szabadon választható): 17 pont, Szeged, Makó, összesen 452 résztvevővel.

Előadók:

- Pukánszky Judit: Az evészavarok pszichológiai megközelítése
- Gyüre Eszter: Táplálkozási zavarok a diétetikus szemével
- Kun Judit: A diétetikus szerepe az otthoni hospice ellátásban

- Tóthné Restár Tünde: Az egészséges táplálkozás irányelvei
- Bakosné Kopasz Szilvia: Divatos étrendek, fogyókúrák
- Lehóczki Bettina: Alternatív táplálkozási szokások

Sokszínű dietetika – a közétkeztetéstől a sporttáplálkozásig (szabadon választható): 17 pont, Szeged, 123 résztvevővel.

Előadók:

- Benkóné Szenteczki Magdolna: Az egészséges táplálkozás irányelveinek megvalósulása napjaink közétkeztetésében
- Tápainé Szabó Anikó: Coeliakia kezelése – Gluténmentes diéta
- Lada Szilvia: Génmódosított élelmiszerek
- Tóthné Restár Tünde: Elhízás-túlsúly a dietetikus szemével
- Gyüre Eszter, Lada Szilvia: Sporttáplálkozás

Természetesen – Természetgyógyászattal (szabadon választható): 20 pont, Szeged, Makó, Szentes, összesen 421 résztvevővel.

Előadók:

- Hasznosné Bankó Ágnes: Együtt, egymás mellett vagy egymással szemben – avagy gondolatok a konvencionális orvoslás és a természetgyógyászat alkalmazásáról
- Győri Ilona: Radiesztézia és az emberi test energiarendszerének bemutatása, összefüggéseik, kölcsönhatásaik
- Szekerczés Norbert: A köpölyözés ősi gyógymódja modern időkben
- Dr. Petrovna Ráti Lilla: Fülakupunktúrás addiktológia és a szenvedélybetegségekkel való kapcsolata
- Bodó Zoltán: Stressz legyőzése 3 lépésben természetgyógyászati módszerekkel
- Tanurdsity Istvánné: Kvantumfizika, tudatos, tudat alatti gondolkodás, kommunikáció hatása az ápolásban

A gyermekgyógyászat speciális területei (szabadon választható): 20 pont, Szeged, 73 résztvevővel.

Előadók:

- Lantos Katalin: Gyermekbántalmazás jellemzői és felismerésének lehetőségei
- Fekete Linda: A gyermekbántalmazás radiológiai profilja, valamint jogi vonatkozásai
- Gyüre Eszter: A „gyermekbántalmazás” és a táplálkozás kapcsolata
- Kristóf Csaba: Gyermek az otthoni szakápolásban
- Bakacsi Katalin: Esetbemutató: A Ring-Sling szindróma egyike a ritkán előforduló veleszületett fejlődési rendellenességeknek

Előadások teljes szövege

A sürgősségi betegellátástól a rehabilitációig

Borsos Ildikó: Korunk népbetegsége a hypertonia

Borsos Ildikó diplomás ápoló, osztályvezető főnővér, Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely-Makó Csecsemő és gyermekosztály, Hódmezővásárhely

Magyarországon a hypertonia a lakossági felmérések adatai szerint az elmúlt évtizedek népbetegsége, amely a halálozási statisztikában vezető helyet elfoglaló szív- és érrendszeri betegségek szövődményeinek egyik legfontosabb oka.

1989 óta dolgozom a Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely – Makó (Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet) Gyermekosztályán és munkám során egyre gyakrabban találkozom túlsúlyos gyermekekkel, akiknek vérnyomásértékük is magasabb volt. Mivel egyre több gyermeket és felnőttet érint az elhízás és ebből adódóan a magas vérnyomás, úgy éreztem, hogy vizsgálnom kell egyrészt a táplálkozás és a betegség kialakulása közötti kapcsolatot, és a már ismert rizikófaktorok meglétét.

A magas vérnyomás fogalma: A WHO megfogalmazását alapul véve „*Normálisnak az Egészségügyi Világszervezet megállapodása alapján a 135/90 Hgmm, az új mértékrendszer szerint pedig a 16/11 kilopascal (kPa) körüli vérnyomást szokás tekinteni. Az e feletti értéket magas vérnyomásnak, hypertóniának minősítik*”.

Felosztása: A magas vérnyomás felosztását tekintve lehet elsődleges – primer vagy esszenciális és másodlagos vagy sekunder hypertonia.

- **A primer hypertonia** oka és eredete ismeretlen, a vérnyomásemelkedés háttérében kiváltó kórfolyamatot nem lehet kimutatni. Ilyen a magas vérnyomás -betegségek mintegy 80%-a.
- **A másodlagos hypertonia** esetén pontosan megállapítható a magas vérnyomás ért felelős kórfolyamat. Ez az esetek 20%-át teszi ki. Kiváltó okai lehetnek idült vesebetegségek, veseartériaszűkület, endokrinológiai kórképek, a hypothalamus betegségei, adrenalint termelő daganat, valamint fejlődési rendellenességek.
- **Terhesség** alatt magas vérnyomásnak a 140/90 Hgmm vagy ennél magasabb értéket tekintjük, ha a fenti értéket 6 óránál nagyobb különbséggel, 2 alkalommal észleljük. Hazánkban az anyai halálesetek egyharmada hozható ezzel összefüggésbe, a magzati perinatalis mortalitás és morbiditás pedig többszöröse a normotoniás anyák újszülöttjei esetében tapasztalt értéknek.

A fiatalkori hypertonia gyakrabban észlelhető kisebb születési súly esetén, a családban halmozottan jelentkező magas vérnyomás ú betegek gyermekei körében, azonban az esetek közel 80%-ában renális eredet igazolható.

A magas vérnyomás epidemiológiáját tekintve:

- A fejlett országokban népbetegségnek számít.

- A szív- és érrendszeri megbetegedések, a szívizominfarktus, az érelmeszesedés egyik legfontosabb kockázati tényezője.
- Évente csaknem 5000 magyar ember hal meg ebben a betegségben.
- A hazai felmérések alapján a mortalitás 65 éves kortól nagymértékben megemelkedik.
- Az elmúlt 10 év vizsgálatait azt igazolták, hogy a hipertonia incidenciája rohamosan emelkedett.

A magas vérnyomás **tüneteit** tekintve fontos tudnunk azt a tényt, hogy a legtöbb emberben a magas vérnyomás semmilyen panaszt nem okoz, ezért sok esetben csak egy más betegség miatti kivizsgálás vagy rutin orvosi ellenőrzés során derül rá fény. Gyanút keltő panaszok lehetnek a **központi idegrendszeri tünetek**, úgymint fejfájás, melyre jellemző a tarkótáji feszülés, ami a fejtető irányába sugárzik. A hipertonia okozta fejfájáshoz gyakran társul feszülő érzés a nyakban, amit fülzúgás is kísérhet. Szédülés, syncope, látási zavarok, időnkénti végtagzsibbadás, gyengeségérzet, orrvérzés, a tudatállapot megváltozása is jelentkezhetsz tünetként.

Céлом az volt, hogy felmérjem a magas vérnyomásban szenvedő betegek táplálkozási szokásait, illetve hogy milyen fő rizikótényezők játszanak még szerepet a betegség kialakulásában.

Vizsgálatomat a Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet fekvőbeteg-osztályain és a kórház dolgozói között, valamint a szegedi iskolaorvosi és családorvosi ellátás keretében végeztem. A vizsgálat 2005 júniusa és októbere között történt. Felnőttek körében 400 db kérdőív került kiosztásra, ebből 274 db, azaz 68,5% érkezett vissza. A gyermekek körében 430 db kérdőívet osztottunk ki és 391 db, azaz 97,75% érkezett vissza és volt értékelhető.

A vizsgálati minta kiválasztása véletlenszerű, a részvétel név nélküli és önkéntes volt. A kérdőív többnyire zárt kérdéseket tartalmazott. Kétféle kérdőívet készítettem, gyermekek és felnőttek részére. A gyermekek kora 15 és 18 év közötti, a felnőttek kora 20 és 70 év közötti volt. A kérdőív 5 részből tevődött össze, mely a testméretekre, a táplálkozási szokásokra, a testmozgásra, a stresszre és a káros szenvedélyekre irányult.

Eredmények: 391 gyermekből (225 fiú és 166 lány) 15 gyermeknél (4%) diagnosztizáltak magas vérnyomást, ez 11 fiút és 4 lányt jelent. A 274 felnőttél 46 férfiból 10 főt és 228 nőből 37 főt érintett a magas vérnyomás.

Obesitas: Az a feltevésem, hogy a hipertoniás egyének esetében magasabb az obesitas előfordulásának aránya. A hipertóniával küzdő gyermekeknel a fiúk 91%-a, a lányok 100%-a túlsúlyos. A hipertoniás felnőttek esetében a férfiak 100%-a, a nők 78%-a az obesitas kategóriájába esik.

Táplálkozás: Táplálkozásunkban a túlzott sófogyasztás miatt nagy a Na-bevitel, a kismennyiségű zöldség- és gyümölcsfogyasztás következménye pedig az alacsony káliumbevitel. A tej és tejtermékek fogyasztásának csökkenése nemcsak a csontritkulás kialakulásának veszélyét növeli, hanem szerepet játszik a magas vérnyomás kialakulásában is. A gyermekek 52%-a inkább a sós ételeket részesíti előnyben, és 13%-a még meg is sózza ételét. A hipertoniás gyermekek közül a fiúknál 64% inkább a sós ételeket részesíti előnyben és 27% még tesz rá sót. A lányok 100%-a a sós ételt részesíti előnyben. A felnőtteknél a férfiak 65%-a, a nők 62%-a táplálkozik sósabban, és a férfiak 19%-a, a nők 20%-a még meg is sózza az

ételét. A hypertóniás felnőtt férfiak 90%-a táplálkozik sósabban, és a nők (37 főből 16 fő) 43%-a részesíti előnyben a sós ételeket és (9 fő) 24% még tesz az ételére sót.

Mozgásszegény életmód: A fizikai aktivitás hiánya is fokozza a vérnyomást, mert növeli a testtömeget. A gyermekek 35%-a (137 fő) csak a testnevelésórákon mozog. A hypertóniás fiúk (11 főből 7 fő) 64%-a, a lányok esetében (4 főből 2) 50%-a a testnevelésórán kívül nem szán időt testmozgásra. A felnőttek körében egyáltalán nem vagy csak ritkán sportol a férfiak és a nők 80%-a. Ha a mozgásigényt kivetítjük a már diagnosztizált hypertóniásokra, megállapítható, hogy a férfiak köréből (10 főből 8) 80%-a egyáltalán nem, míg a nők 57%-a egyáltalán nem és (7fő) 19% csak keveset és ritkán mozog.

Stressz: A stressz olyan mikrokeringési zavarokat okoz, melyek elősegítik az érlemeszesedést. Ha megnézzük a magas vérnyomásban szenvedő betegeket, akkor elmondhatjuk, hogy a fiúknál 73% (11-ből 8) minden nap stresszes, ideges, a lányok 50%-a heti egy-két alkalommal, és 50%-a minden nap feszült és ideges. A felnőttek körében férfiaknál 40% (10-ből -4 fő), a nőknél 59% (37-ből 22 fő) az, aki hetente többször is feszült.

Káros szenvedély: A stressz oldására alkalmazott módszerek (kávéfogyasztás, dohányzás, alkoholfogyasztás) tovább ronthatják a helyzetet. A gyermekek alkoholfogyasztása 89,5%-ot tesz ki, ebből 17% az, aki rendszeresen fogyaszt alkoholt. A hypertóniás személyeknél 65%-ban magasabb az alkoholfogyasztás mértéke, és ezek az emberek leginkább tömény alkoholt fogyasztanak.

Összegzés: Tekintettel a vizsgálatom eredményeire, úgy gondolom, hogy az elsődleges prevencióra kell a hangsúlyt fektetni, mely leginkább egészségnevelésből, tanácsadásból és oktatásból áll. A megelőzésnél a primer hypertonia fennálló rizikótényezőire kell összpontosítani.

Prevenció: A rizikótényezők felmérése, testsúly ideális szintre való csökkentése, fizikai aktivitás növelése, egészséges táplálkozásra való törekvés, sófogyasztás csökkentése, káros szenvedélyek kerülése, stresszoldó technikák elsajátítása, ismeretterjesztő, szűrőprogramok megszervezése és közös együttműködés kialakítása a családdal, háziorvosi szolgálatokkal és más egyéb civil szervezetek bevonásával.

Felhasznált irodalom

1. Allbaugh B., Gottrust KV.: Belgyógyászati ápolástan. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1997.
2. Barna M. (2004): Lehet néhány Hgmm-rel kevesebb? Patika Tükör, 12 (9): p. 12.
3. Kiss É., Máriáss M.: Magas vérnyomás -betegség (Szív- és érrendszeri betegségek). www.hazipatika.com Elérés ideje: 2014.08.30.
4. Papp Z.: A szülészet–nőgyógyászat tankönyv. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1993.
5. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999.
6. Szendei K.: Gyógyszer a családban kézikönyv. Magasvérnyomás betegség. www.drinfo.eszcsm.hu/index.php Elérés ideje: 2014.08.30.
7. Székács B.: Mi a magas vérnyomás ? Semmelweis Egyetem Regionális Hypertonia Centruma. www.bel2.sote.hu/hypertonia/19.html Elérés ideje: 2014.08.30.

Korbay Istvánné: Hogyan tovább otthoni szakápolás?

Korbay Istvánné szakápolási szolgáltató, PETACO Szolgáltató és Tanácsadó Bt. (KORBAY Otthoni Szakápolási Szolgálat) vezetője

Sok év után elmondhatjuk, hogy az otthoni szakápolást megszüntetni már senki sem akarja, az egészségügyi ellátórendszer részévé vált. A szakorvosok, családorvosok mind számítanak a munkánkra. Azért, hogy ez így legyen, a szolgáltatók országszerte úgy gondolom, hogy mindent megtettek. Sokan vagyunk, akik a kezdetektől követtük az eseményeket, részesei voltunk a történéseknek, és egy törvényekkel jól leszabályozott rendszer, az otthoni szakápolás jött létre.

Egy ideje viszont már szeretnénk tovább lépni, újabb feladatokat vállalni, érezni és részesévé válni egy stabil fejlődésnek. Fórumaink, kongresszusaink mind erről szólnak. Úgy gondoljuk, itt az ideje a továbblépésnek, a pozitív, kiszámítható változásoknak.

„Életképes” szolgálatokra van szükség országszerte, akikre bizton építhetnek a családorvosok, az intézmények. Hiszen azért lettünk, hogy kórházi ágyat váltsunk ki, hogy kórházi ápolási napokat csökkentsünk, hogy a beteg az otthonában kapjon humánus ellátást.

Mit értek „életképes” szolgálat alatt? Folyamatos, standard, komplex (minden tevékenységi körre kiterjedő), minőségi betegellátás biztosítása a beteg otthonában, miközben saját maga fenntartására is alkalmas.

Hol állunk jelenleg (18 év után!), melyek a legfontosabb közös problémáink?

- Ingadozó vizitszám. Úgy gondoljuk, hitelességünk kérdőjeleződik meg, ha egy orvos kollegának, aki súlyos betege érdekében körbetelefonálja a helyi szolgáltatókat, mindenki csak nemet tud mondani a kérésére, mert nem tudjuk felvállalni.
- A vizitdíj nem fedezi az amortizációs költségeket (nem tudjuk pótolni eszközeinket).
- Munkánk során sok-sok kilométert teszünk meg ingázva az iroda, a betegek otthonai és a családorvosok között, a területi pótlék minimális, ha egyáltalán van.
- Egy-egy megyében 16-18 szolgáltató is dolgozik, ez a megyékre eső vizitkeretet teljesen „felaprózza”, és nem biztosítja a szolgáltatók életképességét.
- Nem utolsó sorban a tevékenységi lista bővítése, pontosítása is foglalkoztatja a szakmát.

A fix és a változó költségek kerültek kiemelésre, amit mindannyian ismerünk. A fix költségek, mint pl. irodabérlés, kötelező felelősségbiztosítás, eszközök javítási költsége, minőségirányítási rendszer fenntartása, telefonköltség stb. Természetesen vannak, akik kevesebb, és vannak, akik több fix költséggel tudnak dolgozni. Ezt az egyes szolgáltatók helyi adottságai is befolyásolják. Van-e saját ingatlana, irodabérlése, nagyvárosban vagy sok távoli kis településen dolgozik stb. A változó költség a teljesített vizitszám, azaz az ellátott betegek függvénye: a havi teljesített vizitek száma szorozva az átlagos vizitenkénti közreműködői díjjal.

A fix és a változó költség összege az összes költség. Havi 592 100,- Ft-os fix költség esetén 500 vizitet kell a szolgálatnak teljesítenie, hogy 7900,- Ft-ja maradjon, mondjuk az eszközeinek a pótlására.

Milyen változtatásokat szeretnénk?

1. Előre kiszámítható évi 3-5%-os vizitszámemelés szolgáltonként, hogy fejlődésünk folyamatos legyen.
2. Az évi inflációt követő vizitdíj-korrekció.
3. Az amortizációs költség kerüljön beépítésre a vizitdíjba.
4. Jó lenne megszüntetni a degresszív szakmai szorzókat. Ennek egyik oka, hogy a gyógytornászok mind és a nővérek nagy százaléka is főiskolai vagy egyetemi végzettségű, és számukra a megfelelő szintű bérezés így nehezen biztosítható. Másik oka, hogy a betegek jó részénél a feladat nehézsége nem csökken 14 vizit után sem.
5. Minden szolgáltató, aki külterületen dolgozik, kapjon területi pótlékot.
6. Szakmai javaslatainkat folyamatosan továbbítjuk felettes és társszerveink felé.
7. A szolgáltató rendelkezzen minőségügyi rendszerrel.

Most már csak egyetlen kérdés maradt megválaszolatlanul, hogy a szükséges változtatások fedezetét hogyan tudnák számunkra biztosítani?

Az otthoni szakápolás az egészségügyi ellátó rendszer része. A változtatások csak az egészségügy egyéb területén végbemenő, egységes szerkezetben történhetnek. Most kell odafigyelnünk, mert az ígéreték szerint az egészségügyben változások történnek.

Számomra, és gondolom sokunk számára nagyon szimpatikus az 1995 januárjától Németországban működő ápolásbiztosítás. Aki az állami betegbiztosítási rendszerben biztosítva volt, az automatikusan az ápolási biztosítási rendszer tagjává is vált.

Úgy gondoljuk, hogy az ápolásbiztosítás bevezetése Magyarországon is egy jó megoldás lehetne, ami a szakápolás költségeit is fedezhetné.

Természetesen a munka folyamata során a szakmai önállóság megtartása mellett ki kell alakítani a szoros együttműködést a szociális gondozó hálózattal, mint azt már pályázatok szintjén többször megtettük a falusi, kisvárosi, illetve nagyvárosi modellek kapcsán, mivel az egészségügyi és szociális probléma együtt jelentkezik.

Felhasznált irodalom

1. Dézsy J.: A kórházgazdálkodás gyakorlata Ausztriában. A korszerű irányítás és gazdálkodás követelményei az egészségügyben kiadvány – Társadalomkutató Intézet. Budapest, 1991, 113–127.
2. Papp I. (1995): A szolgáltatásmarketing sajátosságai és a marketingmix. Vezetéstudomány, 10: 31–40.

Vecsernyés Erzsébet: A krónikus légzőszervi betegek komplex rehabilitációs programjának bemutatása

Vecsernyés Erzsébet ápolási igazgató, diplomás ápoló, Farkas Rózsa diplomás ápoló, Máthéné Köteles Éva vezető gyógytornász, Császárné Mészáros Ildikó élelmészvezető-dietetikus, CSMÖ Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

A tüdőbetegségek világszerte vezető helyen szerepelnek a morbiditási és mortalitási kimutatásokban. A légzőszervi betegségek közül két betegcsoportot emelek ki, akiknek ápolási szükségleteik nagyon hasonlóak: ez az ASZTMA és a COPD (Chronic Obstructive Pulmonary

Disease). **ASZTMA** esetében a légúti obstrukció visszafordítható, és a betegek a megfelelően használt gyógyszerekkel és az életmódi tanácsok betartásával tünetmentesen élhetnek. **COPD** esetében az első tünetek megjelenésekor a légúti károsodás már előrehaladott. A progresszió a gyógyszeres terápiával csak lassítható. Ennek az eléréséhez a **betegek együttműködésére és megfelelő tájékozottságára** van szükség, mert a speciális inhalatív gyógyszerek csak megfelelő használattal és ténylegesen a kislégutakba inhalálva fejtik ki a várt hatást.

Az ápoló / asszisztens / gyógytornász / dietetikus független feladata: a beteg adottságait figyelembe véve a **betegek oktatása** és az elsajátított ismeretanyag alkalmazásának rendszeres kontrollálása.

A **gyógyszeres terápián**, életmódbeli tanácsokon és a dohányzásról való leszoktatáson kívül több **egészségmegőrző és javító program** elérhető a betegek számára, amit minél szélesebb körben meg kell ismertetni a betegekkel és az ellátó személyzettel egyaránt!

A fenti témakörökben összehasonlító, réteges, véletlenszerű, kérdőíves felmérést végeztünk az intézetünkben gyógykezelt járó- és fekvőbetegek körében. A vizsgálatot 2004-ben és 2006-ban végeztük, melynek összehasonlító eredményét az alábbiakban mutatom be.

A vizsgálatok hipotézisei és eredményei a következők voltak:

1. Megfigyeléseink megfelelnek-e a valóságnak a légúti betegségben szenvedők többsége helytelenül használja a legfontosabb „belélegző” gyógyszerkészítményeket?

A 2004-ben kapott válaszokból az tűnik ki, hogy a betegek 71%-a elméletben jól tudta a technikát, így **feltevésünk nem általánosítható** a betegek többségére.

A 2006-ban kapott válaszok alapján ez az adat szerencsére a várakozásunknak megfelelően alakult, vagyis a helyes gyógyszerhasználati módot a megkérdezett betegeknek már 88%-a ismerte, ami **17%-os eredményjavulást** mutatott! Ennek a magyarázatát – az egyéni tanácsadások mellett – a vizsgált időszakban rendszeresen megrendezésre kerülő csoportos beteg-tájékoztató programok hatásosságában kereshetjük.

Intézetünkben gyakran találkozunk akut súlyos dyspnoe-val küzdő betegekkel, akik ebben a **kritikus helyzetben** képtelenek a helyes gyógyszerbevételi technika alkalmazására, még akkor is, ha ezt elméletben jól tudják. Ilyenkor nagy **segítség lehet ha spacerrel** (előtéttel) adagoljuk a gyógyszert. Másik nagy kiegészítő segítség akut fulladásos panaszok esetén az **ajakfékes légzés** alkalmazása is, mely objektív adatokkal bizonyítottan javítja a perifériás vérben az oxigéntelítettség szintjét, a saturációt.

2. A légzőszervi betegek tájékozottak a belélegző gyógyszerkészítmények hatásairól.

2004-ben: 57% ugyan tudja, hogy melyik gyógyszernek milyen várható hatása lesz, de **43% nem tudja!** Ez az adat megdöbbentő volt számunkra, mivel majdnem a minta fele!

2006-ban: 58% ugyan tudja, hogy melyik gyógyszernek milyen várható hatása lesz, de **42% nem tudja!** Sajnos ezen az adaton **nem sikerült érdemben változtatnunk**, mert csak 1%-kal javult a betegek ismerete.

Ez bizonyítja tehát, hogy **rendszeresen folytatni kell a betegek számára** individuálisan kialakított, illetve a szervezett csoportos egészségmegőrző, betegségmegelőző, -javító, oktató tevékenységet.

3. Légúti betegségben szenvedők – ismerethiány miatt –, a gyógyszeres terápián kívül nem tesznek más lépést állapotuk javítása érdekében.

A kérdésre, hogy betegsége felfedezése óta változtatott-e életmódján, a betegek 36%-a jelentősen, míg 64%-a nem vagy csak kismértékben változtatott! 2004-ben és 2006-ban arányaiban egyforma volt az egyes rehabilitációs foglalkozások igénybevétele. 2004-ben és 2006-ban is egyaránt **azokat a programokat részesítették előnyben** a betegeink, amelyek számukra önállóan is elvégezhetőek, és **nem igénylik szakember segítségét**: légző torna, levegőváltás, klímaterápia, barlangterápia, aktív mozgás, sport, relaxáció (testi-lelki ellazulás). A többi rehabilitációs programban való részvétel gyakran **anyagilag teherrel járhat**, vagy a beteg **külső segítő bevonását** igényli, ami a részvételben erősen korlátozhatja őket (pl.: kondicionáló vagy terheléses tréning, gyógytorna, természetgyógyászati módszerek: akupunktúra, gyógynövény-terápia, légtisztítók, diéta, mentálhigiénés segítségnyújtás).

Tehát megállapíthatjuk, hogy a fenti hipotézisünk nem igazolódott be, mert a légúti betegségben szenvedők többsége a gyógyszeres terápián kívül **más lépést is tesz** állapota javítása érdekében. Bár ezek a kiegészítő tevékenységek még nem teljes körűek, de ebben az esetben is törekedni kell a szakdolgozóknak arra, hogy segítsék és támogassák a betegeiket ilyen irányú törekvéseikben!

A betegeink betegségükkel és a helyes életmóddal kapcsolatos ismereteinek bővítése és elmélyítése céljából **2002 óta rendszeres előadásokat** tartunk, melyek képi és eszközös bemutatással egészülnek ki. Ezeket az előadásokat egyrésztől **diplomás ápoló**, másrésztől **dietetikus** vezeti.

A diplomás ápoló által vezetett foglalkozások a következőket tartalmazzák: Inhalációs eszközök helyes használatának bemutatása, gyakorlása, ellenőrzése, gyógyszerek hatásainak, mellékhatásainak ismertetése, teendők hirtelen jelentkező nehézlégzés esetén, ajakfékes légzés oktatása, gyakorlása, életmódi tanácsok, felmerülő kérdések megválaszolása, írásos emlékeztető kiosztása.

Gyakorlati munkánk dietetikus vezetésével:

A COPD két klasszikus klinikai csoportja között mindig is szembetűnő volt a tápláltsági állapot különbözősége, és részben ez alapján különítik el egymástól a két csoport betegeit:

- **„Pink puffer”** – emfizémás típusú, sovány testalkatú, fogyás, cachexia jellemzi.
- **„Blue bloater”** – krónikus bronchitises alapbetegségben szenvedők – cianotikus fűjtató, kövér testalkat jellemzi.

Az alultáplálás önmagában is befolyásolja a perifériás és a légzőizmok tevékenységét. A COPD-s betegek közül még a megfelelően tápláltak is a rekeszizom fokozatos sorvadását mutatják betegségük előrehaladása során. A patomechanizmusban további jelentős tényező, hogy obstruktív emphysemás betegek 17–28%-ában eleve számolhatunk hypophosphataemiával. Az alacsony foszfátszint egyértelműen egyik oka lehet a légzőizmok gyengülésének. A foszfát pótlása javítja a betegek légzőizom-teljesítményét.

Az étrend összeállítása fontos része a COPD-s betegek szakszerű kezelésének. Az emphysemás betegek általában étvágytalanok, légzésük nehezített, sokféle és nagymennyiségű gyógyszert szednek. Ezzel ellentétben áll, hogy a betegségük fokozott energiát igényel. Ezért

az étrend-összeállítás főbb szempontjai: megfelelő foszfátbevitel, megfelelő tápláltsági állapot elérése, megtartása, igazodjon a betegség jellemzőihez, gyakori kis étkezések napi 5-6-szor.

Kezdetben kéthetente, majd kb. 1 éve már heti gyakorisággal rendezzük meg a csoportos betegoktatást a fekvőbetegeink számára. A diétás tanácsadást elegendőnek tartottuk továbbra is kétheti gyakorisággal megtartani.

Gyakorlati munkánk gyógytornász vezetésével:

Az egyik legrégebben ismert és alkalmazott módszer a **légzőtorna**. Ennek során megtanítjuk a betegeknek az **ajakfékes légzést**, melynél az ajkak természetes akadályt képeznek a kilégzés során, ezzel megnövelik az intrabronchiális nyomást, ami megakadályozza a hörgők kollapszusát. Ezt a technikát a torna során folyamatosan alkalmazzák a betegek. Megtanítjuk a betegeknek a **hasi vagy rekeszlégzést**, amely a rekeszizom helyes működését és kondicionálását biztosítja. A légzőtorna célja a **légzésfrekvencia csökkentése** – a légzés lassítása, a **légzésvolumen növelése** – a légzés mélyítése, a **légzés hatékonyságának javítása**. Az intézetben megtanult gyakorlatok otthon önállóan, segítség nélkül is elvégezhetőek. A további technikák alkalmazása szintén hozzájárul a rehabilitációs program eredményességéhez (expectoratio, terheléses tréning, belégzőizom-tréning...).

A csoportos betegtájékoztató előadások megszervezését azért tartottuk szükségesnek, mert a fekvőbeteg-ellátás, illetve a járóbeteg-ellátás során kevés idő jutott egy beteg ellátására, és így próbáljuk meg pótolni a hiányzó feladatot.

A vizsgált témával kapcsolatban összefoglalásként a következőket állapíthatjuk meg:

1. Az ápoló/ asszisztens/ gyógytornász/ dietetikus független feladata: a kompetenciahatárain belül a betegek tájékoztatása a betegséggel kapcsolatos ismeretekről.
2. A betegek ismeretei hiányosak a betegségükben alkalmazott terápiák hatásairól és alkalmazási módjairól, ezért rendszeresen tájékoztatni kell őket erről.
3. A betegek nem alkalmazzák teljes körűen a rendelkezésükre álló állapotjavító, rehabilitációs programokat, de támogatni kell őket az ilyen irányú törekvésekben – interdiszciplináris együttműködés keretében.

Felhasznált irodalom

1. A krónikus obstruktív légúti betegség (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) diagnosztikája és kezelése. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása. Medicina Thoracalis, 2000, 53: 1–11.
2. Kardos K.: Légzőszervi betegek rehabilitációja. In: Magyar P., Hutás I., Vastag E. (szerk.): Pulmonológia. Medicina, Budapest, 1998. p. 627–630.
3. Somfay A.: Pulmonológiai rehabilitáció. Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium és a Rehabilitációs Szakmai Kollégium, 2002.

Az újraélesztés aktuális kérdései

Dr. Németh Anikó: Az újraélesztés története

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az újraélesztés cselekedet az élet vagy az öntudat helyreállítására. 4-5 perc oxigénhiány után irreverzibilis károsodás lép fel az agyban. Az ókori **Egyiptomból** származó papirusztekercsek bizonyítják, hogy már a fáraók idején is megkísérelték az életmentést. A nem lélegző beteget a lábánál fogva felemelték és mellkasi nyomást alkalmaztak a be- és kilégzésre. **Hippokratész** leírta azt a technikát, ahogy a beteg légcsővébe egy csövet vezetett úgy, hogy az elhaladjon az ádámcsutka előtt oly módon, hogy a levegő eljusson a tüdőig. Ez volt az első intubálás. A 6. századi Babilóniában egy nyaksérült bárányt mentettek meg egy tracheán ejtett vágással. A 16. században **Paracelsus** (1493–1541) (orvos, csillagjós, természettudós) elvégezte az első mechanikus ventillációt. Ugyanebben az időben **Vesalius** (1514–1564) orvos, az anatómia atyja, halottak boncolásával foglalkozott, és az ott látottakat pontosan lerajzolta, így a gégét is. Ő végezte el az első tracheostomiát. Az újraélesztés fejlődése igazán csak a 18. századtól következett be. A továbbiakban főként a magyarországi fejlődést mutatom be néhány külföldi érdekességgel kiegészítve. Ebben az időben az „újjáéledést” egyedül a légzés újraindításától várták. **Mária Terézia** 1769-ben uralkodói rendeletet adott ki a vízbe fúltak és a bajbajutottak megsegítésére: „*a vízből kimentettek ruháit le kell húzni, testét meg kell szárítani [...] orrnyílásait befogni és szájába erősen és kitartóan levegőt kell fújtatni*”. Rendeletében kötelezte alattvalóit az elsősegélynyújtásra. **Schosulan Mihály János**, a bécsi orvoskar dékánja 1786-ban megjelentette könyvét „A falusi embereknek írt oktatás” címmel, melyben ír az eszközös és az eszköz nélküli befúvásról is. Lélegeztető eszköznek a fújtatóval kombinált tollszárat alkalmazta. **Rácz Sámuel** orvos 1794-ben kiadott „Borbélyi tanítások” című könyvében megemlíti a tracheotomiát: „*a lehellögege a Chirurgia szerint fel-metszettessék, és azon a lyukon a levegő bé-fúvattassék*”. **Kiss József** (udvari orvos) szintén 1794-ben jelentette meg az „Egészséget tárgyaló katekizmus” című könyvét, melyben mindenki számára alkalmazható újraélesztési eljárásként írta le a befúvasos lélegeztetést. A lélegeztetési eljárások a 18. század utolsó harmadában a napi rutin részévé váltak az orvosi gyakorlatban. Az első mellkaskompressziót **John Howard** végezte ebben az időben, de ekkor még nem beszélhetünk a szív pumpafunkcióját pótló eljárások fejlődéséről.

A 19. században **Flór Ferenc** (az 1848-as szabadságharc katonai egészségügyének irányítója) úgy látta, hogy a halál beálltáért az oxigénhiány és a szén-sav-felszaporodás a felelős, ezért azonnali lélegeztetést kell alkalmazni, mellyel a beteg élete megmenthető. Nagy hangsúlyt fektetett az átjárható légutak biztosítására: „*a hangrés felett egybegyűlt mocsok, igen nyúlós nyálka [...] távoztassanak-el*”. Három fő feladat elvégzését tartotta sürgősnek abban az időben: elsősegélynyújtás kötelezővé tétele, a befúvasos lélegeztetéssel kapcsolatos ismeretek oktatása, mentőintézetek létrehozása. **Arányi Lajos** (az MTA tagja, a pesti orvoskar kórbonctani tanszékének vezetője) 1867-ben publikált „Életmentés szabályai” című könyvében a helyszíni lélegeztetés eszközös kivitelezését kandallófúvóval javasolta 12-14 alkalom/perc számmal, közben az orrnyílást be kellett fogni. Rokonok, közeli ismerősök esetében a szájból szájba történő lélegeztetést is elfogadhatónak tartotta. **Csatáry Lajos** (a Magyar Királyi Államvasutak első főorvosa) a szájból szájba történő lélegeztetés mellett a görgetéses módszert ajánlotta.

Ennek a módszernek a lényege, hogy hason fekvő beteg mellkasa alá ruhacsomót tett, majd a beteget először a jobb, majd a bal oldalára fordította percenként 15-ször. A beteg mellkasát nyomta az alatta lévő ruhacsomó, így a bent lévő levegőt a nyomás kipréselte. A beteg oldalára történő fordításakor a levegő szabadon beáramolhatott a mellkasba. A 19. század második felében azonban a német nyelvű szakajtóban olyan híresztelések láttak napvilágot, amelyek megkérdőjelezték a befűvós lélegeztetés hatékonyságát. Ugyanis befűvás során nagy a széndioxid-mérgezés veszélye, mivel a segélynyújtó a saját elhasznált levegőjét adja át az amúgy is „halódó” betegnek, mely orvostikailag elfogadhatatlan.

Ebben az időben több lélegeztetési mód is használatos volt:

- **Marshall-Hall módszere** (1855): a beteg hasa alá párnát helyeztek, ami felnyomta a rekeszizmot, majd a beteget az oldalára fordították, így a nyomás alól felszabadult mellkasba beáramlott a levegő.
- **Henry Robert Silvester módszere**: a beteg vállalai alá ruhadarabot helyeztek, nyelvét kihúzták, karjait először a mellkashoz szorították (kilégzés), majd a feje fölé emelték (belégzés) percenként 16-szor. Ezt az eljárást majd 100 évig alkalmazták Európában.
- **Fries-féle Inhabad készülék**: a beteget hanyatt fektették egy fa alapra. A fa fölött egy trapéz alakú, mozgatható keret volt, melyhez a beteg csuklóit rögzítették. Amikor a keretet fel- és hátrafelé húzták, a mellkas kitágult (belégzés), majd a karok előrehajlításakor a mellkas összeesett (kilégzés). Ezzel akár órákig is lehetett a beteget lélegeztetni, bár alkalmazása igen körülményes volt, és a nagy mérete miatt nehéz volt szállítani.

A 19. században magas volt a gyermekhalandóság is, ezért a felnőtt újraélesztéssel együtt a gyermekeknél alkalmazható eljárások is fejlődtek. **Albert** (1834) a mellkasfal ritmikus összenyomását ajánlotta, **Schultze** (1871) pedig a „lóbálás” módszerét alkalmazta. Ennek az eljárásnak lényege, hogy a nem lélegző újszülöttet kendőbe csavarták, majd az orvos a vállalai fölé emelte (kilégzés), majd lefelé lógatta (belégzés). Ezt 7-8 alkalommal ismételték, majd a csecsemőt meleg vízben melegítették, majd folytatták a lóbálást. Az **Ogata-módszer** lényege az volt, hogy az újszülött az orvos bal tenyerén feküdt, és jobb kézzel a csecsemő mellkasára percenként 15-20 enyhe nyomást gyakorolt. A **Werth-féle eljárás** esetében pedig a csecsemő térdeit a szájához érintették. Az utóbbi két eljárás a mellkaskompresszió elődjének tekinthető.

A 20. században rohamosan fejlődni kezdett az eszközzel történő lélegeztetés. Az első lélegeztető eszköz a **Pulmotor** volt, mely egy oxigénpalackkal, nyomásmérővel és nyomáscsökkentővel ellátott készülék volt. 30% oxigén és 5% szén-dioxid keverékét juttatta a tüdőbe egy arcmaszka segítségével, melyben szívó- és nyomóerőket alkalmaztak. Hazánkban sokáig a bányamentésben használták. 1933-ban **Arthur E. Guedel** aneszteziológus megalkotta az első Guedel- és endotracheális tubust, valamint a laryngoscopot. 1934-ben megjelent a vastüdő őse, mely tartós lélegeztetésre volt alkalmas. Járványos gyermekbénulásban szenvedők esetében alkalmazták. Ha a hengerben csökkent a levegő nyomása, akkor létrejött a belégzés, ha a nyomás emelkedett, akkor megtörtént a kilégzés. 1956-ban **Hening Ruben** felfedezte a Ruben-ballont, mely 1000 ml levegőt juttatott a beteg tüdejébe. Elektromos árammal is kísérleteztek a légzés stimulálására (**Kaffka – Zsombok-féle készülék**). A készülékből kivezető két elektródát a nem lélegző beteg halántékára helyezték, így próbálták stimulálni az agyat a légzésre.

A keringés újraindításának gyakorlata (szívmasszázs) csak az 1960-as évek második felétől vált gyakorlattá. Volt ugyan próbálkozás a 20. század elején komplett újraélesztésre: **Crile** végzett kísérleti jelleggel állatokon kombinált újraélesztést mellkaskompresszió, lélegeztetés és parenterális adrenalin egyidejű adásával. A század közepén a mentőautókon kötelezővé tették különféle eszköz nélküli lélegeztetések alkalmazását. Az egyik legsikeresebben alkalmazott eljárás a **Kohlrausch-féle lélegeztetés** volt, mert eközben direkt mellkasi masszázst is végzett az elsősegélynyújtó, mivel a beteg bal karjának felemelésével a kilégzési fázisban könyökével a beteg bal oldali mellkasfalára nyomást gyakoroltak, így segítették a szív pumpafunkcióját. **Peter Safar** és **James Elam** 1956-ban végrehajtották az első sikeres cardiopulmonalis resuscitációt (CPR) emberen. (Peter Safar nevéhez fűződik az újraélesztés ABC-jének megalkotása 1957-ben.) Még ebben az évben Koppenhágában **Hening Ruben** és **Holger Hesse** kifejlesztették az Ambu-ballont. 1958-ban alkalmaztak először újraélesztés során koffein és adrenalin injekciót a szív bal kamrájába. Az 1960-as években már rutinszerűen alkalmazták a külső szívmasszázst 1:5 (belégzés):(szívmasszázs) arányban. Az elektrotechnika fejlődésével rohamosan fejlődni kezdtek a defibrillátorok, és előtérbe került alkalmazásuk. Mára már az AED-k (automata külső defibrillátor) korát éljük, melyeket laikus elsősegélynyújtók is alkalmazni tudnak, mivel a gép beszéddel utasítja kezelőjét a soron következő teendőre. Ez az eszköz elemzi a szívritmust, felismeri a kamrafibrillációt, és beépített biztonsági rendszerrel rendelkezik. Forgalmas helyeken kerül elhelyezésre, és légiutas-kísérők, biztonsági őrök, peronőrök 4-5 órás képzésekkel sajátítják el kezelésüket, hogy baj esetén azonnal segíteni tudjanak.

Felhasznált irodalom

1. Ardagh M. (2004): A brief history of resuscitation. Journal of the New Zealand Medical Association, 117 (1193). <http://journal.nzma.org.nz/journal/117-1193/868/> Elérés ideje: 2008.02.20.
2. Cooper JA., Cooper JD., Cooper JM. (2006): Cardiopulmonary Resuscitation. History, Current Practice, and Future Direction. Circulation, 114: 2839–2849.
3. Debródi G.: A mesterséges lélegeztetés és az újraélesztési eljárások története Magyarországon. http://www.mentok.hu/index.php?id=a_mesterseges_lelegeztetes_es_az_ujraelesztesi_eljarasok_tortenete_magyarorszagon Elérés ideje: 2008.02.18.
4. A mesterséges lélegeztetés és az újraélesztési eljárások története. Országos Mentőszolgálat Pestlőrinci Mentőállomás. <http://pestlorincmento.gportal.hu/gindex.php?pg=30221116> Elérés ideje: 2008.02.18.
5. Andreas Vesalius. http://hu.wikipedia.org/wiki/Andreas_Vesalius Elérés ideje: 2014.07.15.
6. Paracelsus. <http://hu.wikipedia.org/wiki/Paracelsus> Elérés ideje: 2014.07.15.

Mracsó Valéria: A gyermek-újraélesztés ápolási vonatkozásai

Mracsó Valéria diplomás ápoló, gyermekintenzív szakápoló, egészségügyi gyakorlatvezető, Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Intenzív Osztály

A Magyar Resuscitatio Társaság 2011-ben új irányelvet adott ki a gyermekek újraélesztéséről. Csecsemő és gyermek alap- és emeltszintű újraélesztése (a serdülőkorba még be nem lépett): PBLS – Pediatric Basic Life support és PALS – Pediatric Advanced Life support. A serdülőkorúakra már a felnőttajánlások alkalmazandók.

Csecsemő és gyermek alapszintű újraélesztésébe (PBLS) beletartozik: az eszméletlen gyermek stabil oldalfektetése; a felső légúti idegentest okozta fuldoklás ellátása; a légzés- és keringésleállás felismerése; a légutak és keringés mesterséges fenntartása; a külső félautomata defibrillátor (AED) használata.

Csecsemő és gyermek emeltszintű újraélesztésébe (PALS) beletartozik: a légzés- és keringésleállás megelőzése; a kritikus állapotú gyermek vizsgálata; a légzési és keringési elégtelenség diagnózisa és kezelése; a ritmuszavarok felismerése és kezelése.

Gyermekeknél a keringési vagy légzési elégtelenség okozta másodlagos keringésleállás gyakoribb, mint a sokkolandó ritmuszavarok okozta elsődleges keringésleállás. Az aszfixia vagy légzésleállás szintén gyakoribb fiatal felnőttkorban (trauma, vízbefulladás, mérgezések). Bármely súlyosan beteg és sérült gyermek vizsgálati és beavatkozási sorrendje az ABCDE elveit követi:

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| ➤ A irway | ➤ légút |
| ➤ B reathing | ➤ légzés |
| ➤ C irculation | ➤ keringés |
| ➤ D isability | ➤ neurológia |
| ➤ E xposure | ➤ egész test, környezet, anamnézis |

Egészségügyi képzettséggel nem vagy felnőtt BLS ismeretekkel rendelkező segélynyújtó esetén első lépés: végezzen 5 befúvást, majd egy percig 30 kompresszió: 2 lélegeztetést, mielőtt segítséget hívna. Egészségügyi team tagjaként az arány: kompresszió:lélegeztetés=15:2

PBLS

1. Szükség esetén biztosítsa saját, környezete és a gyermek biztonságát.

- Ellenőrizze a gyermek reakcióképességét!
- Hangosan kérdezze meg: jól vagy? és alkalmazzon kíméletes ingerlést!
- Ne rázza a csecsemőket és a gyaníthatóan nyaki sérült gyermeket!

1.1. Ha a gyermek hanggal vagy mozgással reagál, hagyja abban a helyzetben, ahogy találta, ellenőrizze az állapotát, és ha szükséges, kérjen segítséget!

1.2. Ha nem reagál, kiáltson segítségért!

1.3. Légút-felszabadítás: fej hátrahajtása, áll előreemelése.

2.1. Normális légzés – látható, hallható, érezhető (nem kórosan ritka, nem erőlködő, nem zajos, – legfeljebb 10 másodpercen keresztül nézze, hallgassa és érezze, mielőtt dönt.

- Ha bizonytalan abban, hogy a légzés normális-e, kezelje úgy, mintha nem lenne.

Ha normális a légzés: fordítsa stabil oldalfekvő helyzetbe, küldjön valakit segítségért/104-et hívni, légzést figyelni.

2.2. **Nem lélegzik vagy gaspol:**

- ellenőrizze, van-e légúti idegentest a szájában, ha van, óvatosan távolítsa el;
- végezzen 5 befúvást;
- közben figyelje, kivált-e csuklást vagy köhögést.

1 évesnél idősebb gyermek lélegeztetése:

- a fejet hajtsa hátra, az állat emelje fel;
- fogja be a gyermek orrát a gyermek homlokán megtámasztott kezének mutató- és hüvelykujjával;
- kicsit nyissa ki a gyermek száját, de az állat tartsa felemelve;
- vegyen lélegzetet, majd helyezze ajkát a gyermek szája köré, ügyeljen a jó tömítésre!
- a befúvás történhet orron keresztül is, ekkor az ajkakát zárni kell.

Fújjon egyenletesen a gyermek szájába kb. 1-1,5 másodpercen keresztül, és figyelje a mellkas emelkedését! A fej hátraszegezésének és az áll felemelésének fenntartása mellett vegye el száját a gyermek szájától, és figyelje a mellkas süllyedését, amint a levegő távozik. Vegyen megint levegőt, és ismétlje meg négyszer! Ellenőrizze a hatásosságot, figyelje, hogy a gyermek mellkasa a normális légzéshez hasonlóan emelkedik és süllyed-e.

A csecsemő lélegeztetése a következő módon történik: Tartsa a fejet neutrális helyzetben, és az állat emelje fel! Vegyen lélegzetet, majd helyezze ajkát a gyermek szája és orra köré, ügyeljen a jó tömítésre! Ha egy nagyobb csecsemő esetében ez nem lehetséges, akkor vagy csak az orron, vagy csak a szájon át lélegeztessen (ha az orron át történik a befújás, az ajkakát zárni kell a levegőszökés megelőzése érdekében).

- Fújjon egyenletesen a csecsemő szájába és az orrába 1-1,5 másodpercen át úgy, hogy a mellkas emelkedése látható legyen!
- A fej hátraszegezésének és az áll felemelésének fenntartása mellett vegye el a száját a gyermek szájától, és figyelje a mellkas süllyedését, amint a levegő távozik!
- Vegyen megint levegőt, és ismétlje meg a fentieket még négyszer (összesen 5 befúvás)!

Amennyiben nem tud hatásosan lélegeztetni, lehet, hogy elzáródott a légút.

- Nyissa ki a gyermek száját, és vegye ki a látható akadályt! Ne törölje ki a garatot vakon az ujjával!
- Ellenőrizze, hogy megfelelő-e a fej hátrahajtsa és az áll emelése, valamint hogy nincs-e a nyak túlfeszítve!
- Amennyiben a fej hátrahajtsa és az áll felemelése nem nyitotta meg a légutat, emelje ki az állkapsot (1.3. pont)!

- A hatásos lélegeztetés eléréséhez legfeljebb 5 befúvást végezzen: ha így is sikertelen, kezdje meg a mellkaskompressziót!

3. Értékelje a gyermek keringését! Legfeljebb 10 másodpercet töltsön azzal, hogy:

- Keresse a keringés jeleit, beleértve: az ellátás hatására jelentkező bármilyen mozgást, köhögést vagy normális légzést (nem értékelhető keringési jelnek a gaspoló légzés vagy a nagyon lassú, szabálytalan légzés);
- Ellenőrizze a pulzust (ha egészségügyi dolgozó), de ez biztosan ne tartson 10 másodpercnél tovább!
- **A.** 1 évesnél idősebb gyermeknél tapints a nyakon a carotis pulzust!
- **B.** Csecsemőkorban tapints a felkar belső oldalán a brachialis pulzust!
- **C.** A femoralis pulzus a lágyékhajlatban (félúton a spina iliaca anterior superior és a symphysis között) szintén használható mind csecsemőknél, mind gyermekeknél.

3.1. Ha bizonyos benne, hogy 10 másodpercen belül észlelte a keringés jeleit:

- szükség esetén folytassa a lélegeztetést, amíg a gyermek saját maga hatékonyan lélegezni nem kezd;
- majd fordítsa oldalára (stabil oldalfekvő helyzetbe), ha eszméletlen marad; és
- rendszeresen ellenőrizze újra a gyermek állapotát!

3.2 Ha nincs jele a keringésnek/nem tapintható pulzus vagy csupán lassú (60/min-nél gyéreb) pulzus tapintható rossz szöveti perfúzióval (pl. eszméletlen a gyerek), illetve ha bizonytalan a vizsgálat eredményében: kezdje meg a mellkaskompressziót; azután végezze felváltva a lélegeztetést és a mellkaskompressziót! A mellkaskompressziót az alábbiak szerint végezze:

- A gyermek homlokán lévő kezével tartsa meg a fej pozícióját, és másik kezével végezze a mellkaskompressziót! Bármilyen életkorú gyermeknél a mellkast annak középvonalában, a szegycsont testének alsó felében kell összenyomni. Kerülje a felső hasi régió, illetve a bordaívek találkozásánál található kardnyúlvány kompresszióját! Egy ujjnyival a bordaívek találkozása felett nyomja a szegycsontot úgy, hogy a gyermek mellkasát mintegy harmadával (csecsemőknél kb. 4-cm-t, gyermekeknél kb. 5 cm-t) nyomja össze! Engedje fel teljesen a nyomást, majd ismétlje percnként legalább 100-as (de 120-nál nem gyorsabb) ritmusban!

3.2.1. 15 kompresszió után emelje meg az állat, és végezzen két hatásos befújást! Folytassa a kompressziót és a befújást 15:2 arányban! Egy segélynyújtó alkalmazhatja a 30:2 arányt, különösen, ha nehezített a váltás a kompresszió és a lélegeztetés között. Bár a mellkasi kompresszió üteme legalább 100/min (de nem több mint 120/min), a lélegeztetéshez szükséges szünetek miatt egy perc alatt 100-nál kevesebb lesz a ténylegesen elvégzett kompressziók száma.

A mellkasi kompresszió leghatásosabb módja csecsemő és gyermekkorban kissé különbözik.

A. 1 évesnél nagyobb gyermek esetén helyezze egyik kezének tövét a szegycsont alsó felére (l. fent!). Ujjait emelje el, hogy ne gyakoroljon direkt nyomást a bordákra! Merőlegesen helyezkedjen el a gyermek mellkasa felett, és nyújtott karral nyomja le a szegycsontot körülbelül a mellkas mélységének egyharmadával! Nagyobb gyermek és/vagy kisebb termetű ellátó esetében ez egyszerűbb lehet mindkét kéz használatával, az ujjak összekulcsolásával.

B/1. Csecsemők esetében a szegycsont hossz tengelyében egymás mellé helyezett két (általában a mutató és középső) ujjhegyével nyomja a megadott helyen a szegycsontot!

B/2. Ha két vagy több segélynyújtó van jelen, alkalmazza a körülöleléses technikát! Helyezze mindkét hüvelykujja begyét egymás mellé a szegycsont alsó harmadára (l. fent!), ujjai a csecsemő feje felé mutassanak! A többi ujját egymás mellett tartva ölelje át a csecsemő mellkasának alsó részét, ujjhegyeivel a csecsemő hátát alátámasztva! Nyomja le a szegycsont alsó felét a csecsemő mellkasának egyharmadával!

Folytassa az újraélesztést, amíg:

- a gyermek életjeleket mutat (ébredezik; mozgás, normális spontán légzés, biztosan tapintható pulzus >60/min);
- képzett segítség érkezik és átveszi az ellátást; vagy
- segítség hiányában a magányos ellátó kimerül.

3.2.2. Nagyon fontos, hogy a segélynyújtó, amilyen gyorsan csak lehet, kapjon segítséget, miután a gyermek összeesett, ezért

- ha egynél több ellátó van jelen, egyikük kezdje el az ellátást, míg a másik segítségért megy.

Felhasznált irodalom

1. Hauser B., Nagy Á., Tóth Z., Újhelyi E., Szentirmai Cs.: A Magyar Resuscitatio Társaság 2011. évi irányelve a gyermekek újraélesztéséről. Gyermekek újraélesztése – új irányelvek az European Resuscitation Council (ERC) és az American Heart Association ajánlásával 2011.
2. http://reanimatio.com/sites/reanim_hu/media/files/2011_epls_mrt%281%29.pdf Elérés ideje: 2014.09.10.

Ivánkovits László: Újraélesztés sürgősségi helyzetekben

Ivánkovits László diplomás ápoló, mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat

Manapság felbecsülhetetlen értéket képvisel, ha segítségére sietünk valakinek önzetlenül. Mindenkinek kötelessége a tőle elvárható maximumot nyújtania, kiváltképp igaz ez az egészségügyi szakdolgozókra, orvosokra. Nem utolsó sorban a segélynyújtás elmulasztása törvénybe ütköző cselekedet.

Minden segélynyújtó érezze át, hogy jelenlétére szükség van. Szakdolgozóként nyugodt, határozott fellépés, átgondolt cselekvés és minden áldozatra képes magatartás szükséges ahhoz, hogy a beteg és környezete bizalommal legyen irántunk.

Évente Európában mintegy 700 000 keringésmegállást észlelnek. A kórházat elhagyó túlélők aránya 5-10% között van. Magyarországon a hirtelen szívmegállás évente 20-25000 ember életét követeli (hazánkban átlagosan 70 eset naponta).

Az újraélesztés sikerességét alapvetően meghatározó tényező az időfaktor, mivel a keringésmegállást követő 1-2 percen belül megkezdett újraélesztés és defibrillálás több mint 60%-os túlélést jelenthet.

A hirtelen szívhalál legtöbbször az elsősegélynyújtó helyektől, rendelőktől távol következik be, a tanyákon, központoktól távol élőkhez a leggyorsabb segítség is későn érkezik. A laikusok és szakdolgozók által azonnal megkezdett újraélesztés meghatározhatja a beteg túlélési esélyeit.

Az Európai Resuscitációs Társaság által 2010-ben kiadott legújabb ajánlás szerint a korán megkezdett, folyamatosan végzett, megfelelő technikájú mellkaskompresszió már önmagában is javítja a reanimáció sikerességének esélyeit. A megfelelő ismeretek megszerzése ehhez nélkülözhetetlen.

Alapszintű újraélesztés (Basic Life Support)

Vizsgáljuk meg a helyszínt, biztonságos-e? Figyeljük a riasztó tüneteket, amik kerigésmegállásra utalhatnak:

- Szokatlan testhelyzet;
- A légzés megváltozása – fulladás;
- Izzadás, bőrszín, tapintat változása – hypoxaemia;
- Pulzus, vérnyomásváltozás;
- Hirtelen mellkasi fájdalom;
- Ingervezetési zavarok, VF, asistolia, EMD;
- Görcsroham, eszméletvesztés;
- Tudatváltozás.

Fontos kiderítenünk azt, hogy a betegnek légzése, keringése van-e. Ha van, és nem reagál, *eszméletlen* a beteg: légzése, keringése van, mélyen alvó ember benyomását kelti, de a külvilág ingereire nem reagál. Veszélye abban rejlik, hogy a beteg megfulladhat, ha nem hozzuk megfelelő pozícióba. A légút elzáródhat, vagy idegen testtől (pl. hányadék) vagy a nyelvgyök zárja el a levegő útját.

Az alapszintű újraélesztés célja (BLS):

1. az eszméletlen beteg vizsgálatának elsajátítása;
2. a mellkaskompresszió és a lélegeztetés helyes kivitelezése;
3. az AED biztonságos használata.

Nem cél azonban a vénabiztosítás, gyógyszeradás, eszközös légútbiztosítás.

Túlélési lánc:

- korai adekvát segélykérés,
- korai mellkaskompresszió,
- mielőbbi defibrillálás, majd a
- kórházi rehabilitációs szak.

A láncszemek egymásba kapaszkodva egymást fedve biztosítják egységesen a világ bármely részén a szakszerű ellátást.

A BLS algoritmusa:

1. óvatosan közelíts (helyszín, ellátó, áldozat, segítők);
2. reagál-e a beteg? (óvatosan rázzuk meg vállát, szólítsuk meg: „Jó napot, segíthetek?” – ha nem reagál, folytasd a BLS algoritmust);
3. kiálts segítségért (a BLS folytatásához és további segítség hívásához több ember kell);
4. biztosíts légutat (ha nyaki gerinc sérülése nem merül fel, a fej hátrahajtása és az áll kiemelése, cél a nyelvgyök elemelése a garatfaltól);
5. ellenőrizd a légzést, keringést 10 másodpercig (látom a mellkasmozgást, hallok a légvételt, érzem a légáramlást): agonális légzés: horkoló, ritka, ineffektív légvétel, gasping: keringésmegállásra utal. Eközben tapintsuk a nyaki ütőeret, pulzációt keresve. Megfelelő gyakorlat hiányában vagy újraélesztésben kevésbé jártas orvosok, szakdolgozók esetében elegendő a légzés vizsgálata;
6. hívd a 104-et (Hívd a mentőt vagy kórházban, rendelőben a MET szolgálatot (mobil emergency team), akik megfelelő felszereléssel meg tudják kezdeni a kiterjesztett újraélesztést);
7. 30 mellkaskompresszió (mellkas közepén átkulcsolt kézzel, nyújtott karral a mellkast 5-6 cm-ig lenyomva, figyelve a lenyomás és felengedés 1:1 arányára, és a 100-120/min frekvenciára);
8. 2 lélegeztetés (fogd be a beteg orrát, nyisd a száját, majd normális légvételt követően, 1 mp alatt fújd be a levegőt. Ezt követően fejed fordítsd oldalra, és ellenőrizd, hogy a mellkas süllyed-e. Így bizonyosodhatunk meg arról, hogy nem a gyomorba fújtuk a levegőt);
9. 30:2 arányú BLS folytatása.

Az AED közterületen, gyógyintézetekben elhelyezett, biztonságosan használható defibrillátor. Bizonyos ritmuszavarok (pl. kamrafibrilláció) megszüntetésének egyedüli módja az elektromos terápia: az AED két lapátját fel kell helyezni a betegre, ritmust elemez, és ha ún. sokkolandó ritmust észlel, elektromos sokkot ad le, ha nem talál sokkolandó ritmust, BLS-t kell folytatni, utasításokat ad a BLS-t végzőnek.

A biztonságos defibrillálás szabályai:

- senki nem érhet a beteghez;
- szárazra kell törölni a beteg mellkasát;

- csak szigetelt aljzaton használható (vizes környezetben nem!).

AED használatakor a BLS első 6 pontja ugyanúgy elvégzendő! Arra ügyeljünk, hogy a lehetőségekhez képest a leghamarabb használjuk a defibrillátort. A legtöbb AED bekapcsol és utasításokat ad már a fedele felnyitásokor.

- Helyezzük fel a lapátokat, minden elektróda csomagolásán egyértelmű ábra jelzi az elektródák pozícióját. Az elektródák segítségével az AED ritmust elemez, addig ne érintjük a beteghez és ne mozgassuk!
- Ha sokk indokolt, a gomb megnyomása után az AED leadja a sokkot, ezután kövessük az AED utasításait: 30:2 arányú BLS folytatása, ismételt ritmusanalízis 2 perc múlva.
- Ha a sokk nem javasolt, kövesd az AED utasításait: BLS folytatása 30:2 arányban, ismételt ritmusanalízis 2 perc múlva.

Ha a BLS sikeres, lehetőségek:

- a spontán keringés visszatér, de ezt sok esetben nehéz megítélni, ezért legkisebb bizonytalanság esetén is folytasd a BLS-t a mentő vagy MET megérkezéséig;
- a spontán normál légzés visszatér, ami biztosan keringés-visszatéréssel is jár;
- a beteg egyéb életjelenségeket is mutat (pl.: mozog, köhög, nyel);
- ha eszméletlen marad, helyezd stabil oldalfekvésbe.

Felhasznált irodalom

1. <http://www.reanimatio.com> Magyar Resuscitációs Társaság

Szakdolgozói teammunka a cukorbetegség ellátásában

Kubányi Jolán: Glikémiás index

Kubányi Jolán elnök, okleveles táplálkozástudományi szakember, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

Kanadai kutatók ismertették először 1981-ben a glikémiás index fogalmát (Glycemic Index=GI), amely alatt a szénhidrát tartalmú élelmiszereknek a szőlőcukorhoz viszonyított vércukoremelő képességét értjük. Minél magasabb az adott élelmiszer glikémiás indexe, annál gyorsabb a vércukorszint-emelő hatása, amelynek következtében fokozódik a szervezetben az inzulintermelés.

Aszerint, hogy mennyire és milyen mértékben emeli az élelmiszer a vércukorszintet 0–100-ig egy számmal lehet az indexet jellemezni, illetve meghatározni. A 100-as glikémiás index a glükóz GI értékének felel meg, de előfordul, hogy néhány étel akár meg is haladja a 100-as felső határt.

Érdeemes megjegyezni, hogy GI táblázatban általában nem szerepelnek húsok, halak, tojás, tekintettel arra, hogy a vércukorszintet a szénhidrátok emésztése során keletkező cukrok emelik meg, és a fent említett élelmiszerek tápanyag-összetételére elsősorban a fehérje és a zsír

jellemző. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy a máj más vegyületekből is képes szőlőcukrot előállítani a glükoneogenezis során, ezért közvetett vércukoremelő hatást lehet mérni olyan ételeknél, amelyek alig vagy egyáltalán nem tartalmaznak szénhidrátot.

A glikémiás indexet befolyásoló tényezők:

- A termesztés, az előállítás módja, a fajta és a földrajzi adottságok ugyanazon élelmiszer tekintetében rendkívül eltérőek, amely jelentősen befolyásolja a GI értéket.
- A gyümölcsök és zöldségek vonatkozásában az érettség játszik szerepet, hiszen akár duplája is lehet adott esetben a termék cukortartalma.
- A GI mindig egy termékre érvényes, de a gyárilag előállított élelmiszerek különböznek egymástól, elsősorban a felhasznált alapanyag és nem utolsósorban az előállítási technológia tekintetében is, ennek okán a glikémiás index jelentős eltérést mutathat.
- Az adott élelmiszer fehérje- és zsírtartalma ugyancsak szerepet játszik. Mindkettő csökkenti ugyan a vércukoremelő hatást, de a többletmennyiség plusz energiát jelent a szervezet számára. A fehérjében gazdag ételek a velük együtt fogyasztott szénhidrátok GI-jét csökkentik.
- Az élelmiszer rosttartalma sem elhanyagolható, azaz minél magasabb, annál kisebb a vércukoremelő hatás, vagyis annál alacsonyabb a GI.
- Az étkezés gyakorisága oly módon befolyásolja, hogy többszöri kis étkezés alkalmával kevésbé emelkedik meg a vércukorszint.
- Az étel hőfokára jellemző, hogy a melegebb ételek GI-je magasabb.
- A konyhatechnika, a főzési idő és a darabolás is befolyásolja a glikémiás indexet, mivel kisebb darabokra vágva minél puhábbra főzik az ételt, annál gyorsabb a vércukor emelő hatása.
- A savanyú ételek alacsonyabb glikémiás indexszel rendelkeznek.

A glikémiás indexnek az egészséges táplálkozásban és a cukorbetegség anyagcseréjének javításában egyaránt szerepe van. Szénhidrátot tartalmazó élelmiszerek fogyasztását követően 2-es típusú cukorbetegségknél és egészséges egyéneknél egyaránt emelkedik a vércukorszint és az elfogyasztott mennyiséghez mérten a vér inzulinválasztása is. Ennek következtében hosszabb ideig lesz magasabb a cukor és az inzulin szintje a vérben, ezáltal fokozódik a szövetek glukózzal történő kötődése és az inzulin hatására a zsírraktárak feltöltődnek. Mindezek következtében csökken a HDL-koleszterin és nő az LDL-koleszterin szint, mely együttesen növeli a testtömeget. Következésképpen ennek a szív-érrendszeri és a daganatos betegségek kockázata. A vizsgálatok egyértelműen bizonyították, hogy a fentiekkel szemben az alacsony glikémiás indexű élelmiszerek fogyasztása kedvezően befolyásolja a hízási hajlamot, sőt segíti a testtömeg csökkentését, továbbá cukorbetegség vonatkozásában javítja a vércukorszintet. A kutatók a rostok szerepére is felhívják a figyelmet, miszerint az alacsony GI-jű és magas rosttartalmú étrend csökkenti a 2-es típusú diabetes kialakulásának kockázatát.

A hirtelen vércukor-emelkedés fokozott inzulintermelést idéz elő, amelynek következménye, hogy egy-két órával az étkezés után csökken a vércukorszint, amely éhségérzetet okoz. Jó példa erre a főtt tészta fogyasztása után jelentkező éhség. Ismert, hogy a 2-es típusú cukorbetegnek nagy része képes inzulint termelni, de értelemszerűen kevesebbet és időben elcsúsztatva, amelynek eredményeként emelkedik a vércukorszint, és ez tartós marad, azaz nem csökken vissza a normál értékre. Ez a mechanizmus elősegíti a szövődmények kialakulását.

Hipoglikémia esetén magas glikémiás indexű élelmiszert érdemes adni, de csak eszméleténél lévő betegnek, a fulladás veszélye miatt. Lehetőleg azonnal egy kávéskanálnyi szőlőcukrot vízben oldva, de gyors segítség lehet pl. a cukrozott üdítőital is. Ezt követően a cukorbetegnek alacsony glikémiás indexű ételt is szükséges fogyasztani az újabb hipoglikémia elkerülése érdekében.

Egészséges egyéneknél és diabeteses betegeknél egyes élelmiszereknek eltér a glikémiás indexe. A szőlőcukor, méz, répacukor, nádcukor, fehérkenyér a postprandiális vércukorszintet jobban megemeli felborult szénhidrát-anyagcsere esetén, mint egészséges anyagcsere alkalmával.

Glikémiás index táblázat

90–100% cukor, cukrozott üdítő, méz, burgonyapüré, főtt burgonya, fehér kenyér, hagyományos zsemle és kifli, kukoricapehely, datolya

70–90% puffasztott búza, puffasztott rizs, extrudált kenyér, tejberizs, fehér liszt, félbarna kenyér, sült burgonya, kalács, kétszersült, keksz, édes müzli, pudingpor, tojással gyúrt tészta, szőlő, görögdiinnye

50–70% főtt rizs, kukorica, zabpehely, fekete kenyér, müzli, banán, ananász, zöldborsó, kivi, 100%-os gyümölcslé

30–50% tej, joghurt, kefir, vadrizs, körte, szilva, sárgabarack, alma, narancs, durum tészta

30% alatt lencse, száraz bab, dió, korpás müzli, diabetikus méz, szorbit, gyümölcscukor, grapefruit, szójatej

15% alatt brokkoli, karfiol, zeller, uborka, padlizsán, paprika, spenót, cukkini, tök, zöldbab, saláták, retek, cékla, paradicsom, mogyoró, spárga

Amennyiben egy élelmiszer glikémiás indexe nem ismert, abban az esetben tápanyagtartalma alapján, illetve fajtája és jellege figyelembevételével lehet megbecsülni, hogy a táblázat szerint magas, közepes vagy alacsony glikémiás indexszel rendelkezik. Minél több fehérjét, zsírt és rostot tartalmaz egy élelmiszer, annál alacsonyabb lesz a becsült GI értéke, hiszen ezek a tápanyagok lassítják a szénhidrátok felszívódását.

A GI diéta lényege:

A diéta legfontosabb szabálya, hogy minél nagyobb részben az alacsony (50% alatti) glikémiás indexű élelmiszerekből épüljön fel, hiszen ezek kismértékben és nagyon lassan emelik a vércukorszintet. Ennek okán a jóllakottság-érzés – teltségérzet – többnyire hosszú

ideig fennáll, és a szervezet energiaellátása egyenletes és folyamatos lesz. A diétában a közepes glikémiás indexű (50–70%) élelmiszerek fogyasztása kisebb mértékben javasolt, tekintettel arra, hogy ezek az élelmiszerek jelentősebb vércukorszint-emelkedéssel járnak. Fontos szabály, hogy a magas glikémiás indexű (70–100%) csoportba sorolt élelmiszereket a diéta során kerülni kell, mivel hirtelen vércukorszint-emelkedéssel és nem utolsó sorban ingadozással jár, továbbá az éhségérzet rendkívül gyorsan jelentkezik.

Fontos szem előtt tartani, hogy a szervezet inzulinérzékenysége változik a nap folyamán, ami azt jelenti, hogy a reggeli és a délelőtti órákban érzékenyebb a szervezet, ezért az alacsony glikémiás indexű élelmiszereket ajánlott fogyasztani. A magasabb glikémiás indexszel rendelkezőket a délutáni és esti órákra érdemes beépíteni.

Felhasznált irodalom

1. Fövényi J., Gyuresáné Kondrát I.: Cukorbetegség nagy diétáskönyve. SpringMed Kiadó, Budapest, 2008.
2. Halmos T., Dr. Jermendy Gy.: Diabetes mellitus. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2002.
3. Halmos T.: Metabolikus szindróma. SpringMed Kiadó, Budapest, 2008.

Az újszülöttek korai hazaadása kapcsán felmerülő problémák a területi gyermekgyógyászati alapellátásban

Prof. Dr. Orvos Hajnalka: Korai hazaadás újszülöttosztályról

Prof. Dr. Orvos Hajnalka egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Az első tíz év..., az élet első éve..., az első hat hét... Egyre korábbi és korábbi időszakra helyezik a kutatók a kötődés és egyben a személyiségfejlődés alapozóanatait meghatározó kritikus periódust. Sokan az első életnapoknak a fontosságát hangsúlyozzák a kötődési készség kiváltásával az anya-gyermek páros életében, amit a szülés és születés után még a kórházban töltenek.

Az újszülöttek szülőszobán és a gyermekágy idején történő ellátásában egyes osztályok között jelentős különbségek vannak. A szüléstől a hazaadásig eltelt idő jelentősen lecsökkent, az újszülöttek hazaadását szülészeti intézményből szakmai protokollok, finanszírozási szempontok (HBCS pont), illetve szülői kérések befolyásolják. A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium a 72 órás intézeti benntartózkodást preferálja, de egyre inkább elterjedt a korai (48 óra) hazaadás, sőt ambuláns szülésre is igény van, amikor az újszülött zavartalan adaptációját (12 óra) követően távoznak otthonukba.

A Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján megteremtettük az együttszülés, a korai mellretétel, az anya és újszülött együttes elhelyezésének lehetőségét, betöltött 72 órás életkorban bocsájtjuk otthonába az egészséges, érett újszülötteket. Reggeli és délutáni (néhány esetben esti) hazaadás is van.

„Családi szülőszobáinkban” az apa vagy más közeli hozzátartozó jelen lehet a vajúdásnál és a szülésnél. Így a szülés és a születés, ami az élet egyik legjelentősebb eseménye, a családban zajlik le. Az újszülöttet a megszületés után azonnal az anya hasára helyezzük (korai bőr-bőr és szem-szem kontaktus). Az intenzív újszülött-megfigyelő átalakításával három anyai ágyat helyeztünk el a szülőszobai traktus mellett, ahol a korai mellretételhez szakképzett védőnők és csecsemő- és gyermekápolónők adnak segítséget. Annak ellenére, hogy a szülés élettani folyamat, lehetnek olyan tényezők (pl. császármetszés, rohamos szülés), amely akadályozza a méhen belüli életről a méhen kívülre való átállást. Az egészséges, érett újszülött hüvelyi szülés esetén két órát, császármetszést követően négy, illetve hat órát tölt a szülőszobai újszülött-megfigyelőben. Amennyiben a méhen kívüli élethez való alkalmazkodás zavartalanul zajlik, ezt követően kerülnek át a gyermekágyas osztályra, ahol 24 órás „rooming-in” ellátási rendszer működik. Az édesanya az újszülöttjével egész nap (nappal és éjszaka) együtt lehet, igény szerint szoptathatja. Az anyák a „rooming-in” szobákban nincsenek „egyedül” hagyva gyermekeikkel. Az ápolónők és a védőnő folyamatos jelenléte, a gyermekgyógyászok közvetlen kapcsolata segít a kezdetben felmerülő nehézségek, bizonytalanságok legyőzésében. Megtanítjuk az anyákat a helyes szoptatási technikára, iker újszülöttek esetén a szinkron szoptatásra.

Az újszülöttet megszületés után és hazaadás előtt gyermekgyógyász, neonatológus vizsgálja meg. Az első vizsgálatnál az újszülött állapota, érettsége (terhességi hét) kerül megállapításra, valamint a fejlődési rendellenességek és szülési sérülések felismerésre. Az újszülött fizikális vizsgálatát megfelelő hőmérsékletű körülmények között végezzük, lehetőség szerint az édesanya jelenlétében. Az osztályon az újszülött BCG védőoltásban részesül, és hazaadás előtt (48–72 órás életkor között) megtörténik az újszülöttkori bővített anyagcsere-szűrővizsgálat (hypothyreosis, galactosaemia, biotinidase-hiány és phenylketonuria mellett további 22 betegségre). Hallásszűrés hazaadás előtt zajdob-módszerrel vagy otoakusztikus emisszióval történik, a csípőszűrést a megszületést követően az intézeti gyermekgyógyász, majd 3 hetes életkorban a területi gyermekgyógyász és 2 hónapos korban ortopéd vagy gyermeksebész szakorvos végzi. Osztályunkról nem megy haza újszülött hasi ultrahang szűrővizsgálat elvégzése nélkül, amikor a durva fejlődési rendellenességek kerülnek felismerésre.

Klinikai védőnőink rendszeresen, hetente három vagy négy alkalommal tartanak tanácsadást, ahol tájékoztatják az édesanyákat többek között a szoptatás, a kizárólagos anyatejtáplálás fontosságáról, gyakorlati tanácsokat adnak a csecsemőápolást illetően.

Hazaadás előtt az ápolószemélyzetnek meg kell győződnie, hogy az anya szakszerűen ápolja és táplálja újszülöttjét. Az újszülöttet kitöltött egészségügyi könyvvel (hitelesítve, aláírás, pecsét), védőoltások adatlapjával és zárójelentéssel, amin a távozási cím is fel van tüntetve, adunk haza. A területi védőnővel és gyermekgyógyásszal szoros kapcsolatban kell lenni, hiszen az újszülött biztonságos hazaadása az elsődleges szempont. Korai hazaadás esetén nem minden esetben indul be megfelelően az anyatej elválasztása, a kezelésre szoruló icterus, egyes szívfejlődési rendellenességek, illetve nemcsak a késői, hanem a korai típusú sepsis jelei sem jelentkeznek minden esetben a korai hazaadásig. Az intézetben töltött idő lerövidülésével csökken az újszülött gondozásával, a szoptatással, a mell kiürítésével kapcsolatban megszerezhető rutin, így egyes problémák csak a területen fognak jelentkezni, nagyobb felelősséget, terhet róva a házi gyermekorvosra és területi védőnőre. Korai hazaadás esetén

szükséges a szűrővizsgálatok és bilirubin-meghatározás ambulanter biztosítása, valamint harmadik életnapon az újszülött szakorvosi vizsgálata.

Egységes megoldást igényelne a hétvégék, különösen a több napos ünnepek alatt elbocsájtott újszülöttek területi felügyelete, biztosítva az egészségügyi szolgáltatások könnyű elérhetőségét.

Felhasznált irodalom

1. Boda M., Sulyok E.: Gyermekgyógyászat. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004.
2. Maródi L.: Gyermekgyógyászat. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2002.
3. Oláh É.: Gyermekgyógyászati kézikönyv. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2009.
4. Pál Attila: A szülészeti-nőgyógyászat egyetemi tankönyve. Medicina Zrt. Budapest, 2014.
5. Túri S.: A gyermekgyógyászat alapjai orvostanhallgatóknak. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2005.

Szakdolgozók helye és szerepe az akut szívizominfarktus korszerű ellátásában

Dr. Németh Anikó: Az atherosclerosis kialakulásának folyamata

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

„Az atherosclerosis a nagy és közepes artériák megvastagodott, kemény, lipidben gazdag léziója, krónikus, gyulladós, degeneratív megbetegedése.” Ezen elváltozás jelentősége megnőtt napjainkra. Míg a 20. század elején az összhalálozás 10%-át tették ki a szív- és érrendszeri megbetegedések, addig mára ez az arány 50%-ra emelkedett. Okai között nem befolyásolható és befolyásolható tényezők szerepelnek. A nem befolyásolható tényezők egyike az életkor. A kor előrehaladtával nő az atherosclerosis előfordulása. Férfiakban ötször gyakoribb, mint nőkben. Bizonyos veleszületett anyagcsere zavarok (pl. familiáris hypercholesterinaemia) elősegítik a kialakulását. A befolyásolható tényezők a helytelen életmóddal kapcsolatosak. A dohányzás (a passzív dohányzás is kétszeres kockázatot jelent), az elhízás (következésményes inzulinrezisztenciával), a rendszeres testmozgás hiánya, a szénhidrátban és zsírban gazdag táplálkozás következtében hiperlipidaemia (nő az LDL szint, csökken a HDL szint), hipertónia, diabetes (a kettes típusú diabetesesek 75%-a atherosclerosis következtében veszíti életét), metabolikus X-szindróma (elhízás, inzulinrezisztencia, hiperinzulinaemia) alakul ki. Ezek együttesen mind hozzájárulnak az atherosclerosis kialakulásához, melynek folyamata három fázisra osztható.

Az **első fázisban** az erek endothel rétege (legbelső, vérrel érintkező réteg) sérül, mely endothel sejt diszfunkciót eredményez. Hypertensio, lipoproteinek (LDL), dohányzás, vírusok, immunkomplexek károsítják az endothelt, melynek következtében folytonossága megszakad, vagy megváltozik permeabilitása. Fokozódik az LDL koleszterin áramlása az érfal szubintimális részébe. Ezek után monocyták tapadnak ki az endothel alatti rétegbe, ahol

makrofággá alakulnak. Ezek a makrofágok oxidálják az LDL egy részét, és kialakulnak a habos sejtek.

A **második fázis**ban megkezdődik a simaizomsejtek vándorlása az érfal mediájából (középső réteg) az intimába (belső réteg). A burjánzó simaizomsejtek fibrint, kollagént, elasztint termelnek, melyek a lipoproteinekhez kötődnek, melynek következtében az atheroscleroticus plakk az ér lumene felé növekszik és kalcium rakódik rá (kalcifikáció). A folyamatban makrofágok is részt vesznek. A kialakult plakk véráramlásra gyakorolt hatása függ annak hosszától és geometriájától. Általában az ér lumenének 70%-kal történő csökkenése szükséges a véráramlás jelentős csökkenéséhez.

A **harmadik fázis**ban kialakul az ér falán a fali thrombus. Megkülönböztetünk stabil és instabil (vulnerábilis) plakkokat. A stabil plakkot egy vastag kötőszövetes tok veszi körül, mely tartalmazza a lipid magot. Az ilyen plakkok esetében a plakk sérülés és gyógyulás ciklikus ismétlődése figyelhető meg. Az instabil plakk sok lipidet és kevés fibrint tartalmaz, ezért könnyen megrepedhet, instabil anginát, acut coronaria syndromát, claudicatio intermittens (időszakos sántítás) és TIA-t (Transiens Ischaemiás Attac – agyban) okozva. Az atherosclerosis szövődményei érinthetik a szívét csendes ischaemiát, acut coronaria syndromát okozva. Az agyban TIA és stroke lehet a következmény. Az aorta és a perifériás artériák érintettsége esetén pedig aneurysma és claudicatio intermittens jelentkezik.

Felhasznált irodalom

1. Andreoli TE., Carpenter CCJ., Bennett JC., Plum F.: Cecil A belgyógyászat lényege. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999. p. 53–54.
2. Romics L.: Angiologia. In: Petrányi Gy. (szerk.): Belgyógyászat – tömör összefoglalás. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 173–175.

Vecsernyés Erzsébet: Ischaemiás szívbeteg rehabilitációja

Vecsernyés Erzsébet ápolási igazgató, Farkas Rózsa diplomás ápoló, Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

Az acut coronaria szindróma (ACS) egy olyan, jellegzetes klinikai tünetekkel és egyéb elváltozásokkal (EKG, laboratóriumi paraméterek) járó állapot, amelyet a szívizom acut ischaemiája idéz elő.

Az ACS kezelésében ma már az invazív beavatkozásoknak egyre nagyobb szerepe jut. Sajnálatos módon az ACS-en átesett betegek kisebb hányada fordít arra hangsúlyt, hogy megkeresse és változtasson azokon tényezőkön, melyek szerepet játszhattak a megbetegedés kialakulásában. Pedig a szív- és érrendszeri betegségek harmadlagos prevenciónak fontos szerepe van az ismételt cardiovascularis történések megelőzésében, a rizikófaktorok csökkentésében, megfelelő fizikai aktivitás visszanyerésében, független életvitel, jó életminőség biztosításában. Mindezt szervezett formában, kardiológiai rehabilitációval foglalkozó szakemberek segítségével megtehetnék. A WHO a következő módon definiálta a **kardiológiai rehabilitációt**: *„mindazon tevékenységek összessége, amelyek révén a cardiovascularis eseményt elszenvedett betegek – a saját tevételes közreműködésükkel – a*

legjobb egészségi, fizikai, mentális és szociális állapotba kerülhetnek, és ennek révén megőrizhetik, illetve visszanyerhetik az őket megillető társadalmi pozíciójukat és aktív életvitelüket.”

A kardiológiai ellátás fejlődésével arányosan **nő a rehabilitációt igénylő betegek száma!**

A kardiológiai rehabilitáció létjogosultságát igazoló tudományos tényeket A, B, C szintű bizonyítékokra csoportosítják. Az életmódi rehabilitációnak a különböző tényezőkre kifejtett hatásvizsgálatainak eredményét szakirodalmi adatok bizonyítják:

- „A”: ellenőrzött vizsgálatok szignifikáns eredményei következetesen alátámasztják a vonatkozó ajánlásokat.
- „B”: kevésbé következetes eredményeket szolgáltat.
- „C”: a tudományos eredmények nem egybehangzóak.

„A” szintű bizonyítékok a kardiológiai rehabilitáció vonatkozásában:

- javítja a fizikai terhelhetőséget;
- növeli a keresőfoglalkozásukba visszatérő betegek számát;
- lassítja a koszorúerek angiographiával kórismézett atherosclerosisának a progresszióját, sőt számos esetben vissza is fordítja;
- javítja a betegek lelkiállapotát;
- növeli a funkcionális kapacitást, enyhíti a panaszokat, nem rontja a bal kamra működését;
- csökkenti a koszorúér-betegség szövődményeinek a gyakoriságát, a szívinfarktust átvészelt betegek halálozása egynegyedére, az újabb infarktusok előfordulása pedig egyharmadára csökkent.

A kardiológiai rehabilitáció fázisai:

1. FÁZIS: a betegség akut szakasza (invazív kardiológiai vagy szívsebészeti őrző, vagy fekvőbeteg osztály).

2. FÁZIS: a betegség convalescens fázisa (fekvőbeteg rehabilitációs osztály és/vagy rehabilitációs ambulancia) – állapotfelmérés, rizikóstratifikáció!

3. FÁZIS: postconvalescens vagy fenntartó fázis (betegklubok, szervezetek, sportegyesületek).

A kardiológiai rehabilitáció csak multidiszciplináris csoportmunka (team) formájában végezhető. Akkor a leghatékonyabb, ha az akut szaktól kezdődve történik, és megszakítás nélkül folytatódik a beteg élete végéig fekvő- és vagy járóbeteg szinten. Számptalan bizonyíték igazolja a kardiológiai rehabilitáció hatékonyságát, de akkor felmerül a kérdés, hogy a szívbetegeknek miért csak alig egyharmada vesz részt a szervezett rehabilitációs programokban? Mi állhat e tény háttérében? Magyarázat:

- A kardiológiai rehabilitációs ágyak országon belüli eloszlása egyenetlen.
- A bekapcsolódást a földrajzi tényezők, a megfelelő intézmények hiánya, finanszírozási gondok is okozzák.
- Hiányzik a betegek életmód-változtatásra vonatkozó motivációja, és a terápiás együttműködésük is időnként alacsony.
- Az orvosok nem küldik kellő számban a kardiológiai rehabilitációs programokra a betegeket.

Régióinkban működik kardiológiai rehabilitációval foglalkozó fekvőbeteg ellátó osztály. Bemutatjuk a Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza Kardiológiai

rehabilitációs osztály munkáját, kiemelve a gyakorlati tevékenységünkben a multidiszciplinárisan (orvos, diplomás ápoló, kardiológiai szakasszisztens, dietetikus, gyógytornász, pszichológus) végzett rendszeres csoportos betegoktatást a következő témákban: szívgyógyászati alapismeretek oktatása, étkezési tanácsadás, mozgástanácsadás, munkával kapcsolatos tanácsadás, dohányzással kapcsolatos tanácsadás, szabadidő eltöltésével kapcsolatos tanácsadás, szexuális tanácsadás.

A jövőre vonatkozóan megfogalmazhatjuk, hogy ideális volna, ha minden ACS-en átesett beteg részt tudna venni a kardiológiai rehabilitáció intézeti vagy ambuláns formájában. Az orvosok érzik annak a fontosságát, hogy a betegek az akut esemény után közvetlenül, szervezett rehabilitációs programban részesüljenek. Kívánatos lenne, ha az egészségkárosodás mértékére vonatkozó vizsgálat (rokkanttá nyilvánítás) elindítása előtt legyen kötelező a kardiológiai rehabilitációs programban való részvétel!

Felhasznált irodalom

1. Berényi I., Szatmáry Gy., Szász K., Szeles É., Veress G.: Ischaemiás betegek rehabilitációja. <http://www.bfkor.hu/pdf/modszertanilevelek.pdf> Elérés ideje: 2009.09.15.
2. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja. http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/KARDIschrehab_P.pdf Elérés ideje: 2014.11.13.

Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során

Dr. Németh Anikó: Az ápolás etikai vonatkozásai

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az ápolói munka teszi ki az egészségügyi szolgáltatás nagy részét. A beteg számára a kórházban tartózkodás alatt az ápoló jelenti az emberi kapcsolatot a nap 24 órájában, aki a beteg érdekeit is képviseli az intézményi tartózkodás ideje alatt. Az ápolás folyamatos ellátás, az egyetlen olyan szolgálat az egészségügyben, ami sohasem függeszthető fel. Az ápolónak állandó fejlődésre, ismereteinek bővítésére van szüksége az orvosi technika folyamatos fejlődése miatt. Munkája során egyre nagyobb autonómiát élvez, és teammunkában látja el feladatát, mely a munkatársaival való partneri viszony meglétét teszi szükségessé. Felelős a betegért, a feladata az, hogy a lehető legjobb ellátást nyújtsa. Mindezek ellenére az ápolói munka presztízse igen alacsony. Egy 2004-ben végzett felmérés kimutatta, hogy a válaszadó ápolók több mint 70%-a úgy érzi, hogy a társadalomban az ápolói munka presztízisének megítélése alacsony vagy igen alacsony.

Az **Ápolók Nemzetközi Tanácsa** (International Council of Nurses) 1973-ban jóváhagyta az **Ápolók Nemzetközi Kódexét** (Code for Nurses), mely négy alapvető nővéri felelősséget állapít meg: egészség elősegítése, betegség megakadályozása, egészség helyreállítása, szenvedés csökkentése. Az ápolói munkához hozzátartozik az élet, a méltóság és

az emberi jogok tisztelete. „*Ezt nem korlátozhatja nemzetiségi hovatartozás, rassz, hitvallás, bőrszín, életkor, nem, társadalmi státusz*”. Az ápolók egészségügyi szolgálatot nyújtanak az egyénnek, családnak, közösségnek a sajátosságaik figyelembevételével. A Kódex meghatározza az ápolók különféle kapcsolatrendszeit:

- Ápolók és emberek: tiszteletben tartja a rábízott egyén hitét, értékeit, szokásait és titokban tartja személyes információit.
- Ápolók és gyakorlat: személyes felelősséggel tartozik munkájáért, és azért, hogy szakértelmét folyamatosan bővítse. Amíg lehetséges, az ápolás legmagasabb színvonalát köteles nyújtani a saját kompetenciáit figyelembe véve. Viselkedési normáival legyen hű hivatásához.
- Ápolók és társadalom: olyan egészségvédő programokat szervez, melyek az emberek egészségének és társadalmi igényeinek kielégítését szolgálják.
- Ápolók és munkatársak: együttműködik a munkatársaival és más területen dolgozó kollégákkal.
- Ápolók és hivatás: részt vesz a hivatásához tartozó alapismeretek kidolgozásában, az egyenlő társadalmi és gazdasági munkafeltételek létrehozásában és fenntartásában.

Az ápoló munkáját az emberiség szolgálatában végzi!

Az **Amerikai Ápolónők Egyesületének Ápolói Kódexe** (American Nurses' Association – ANA – Code for Nurses – 1950) „*arra szolgál, hogy informálja mind az ápolót, mind a társadalmat a szakma elvárásairól és követelményeiről az etika terén*”. Az ápoló klienssel szembeni felelősségét emeli ki. Pontjai:

1. Emberi méltóság és egyéniség tiszteletben tartása, tekintet nélkül a társadalmi státuszra, személyes tulajdonságaira.
2. Megőrzi a rábízott információkat (titoktartás).
3. Megóvja a beteget a nem etikus vagy illegális cselekedetekkel szemben.
4. Felelősséget vállal a saját cselekedeteiért.
5. Fenntartja kompetenciáját az ápolásban.
6. Informált ítélezést gyakorol, egyéni kompetenciát és képzettséget használ kritériumként, amikor tanácsot kér, felelősségeket vállal, és ápolói tevékenységet ruház át másokra.
7. Szakmai tudását folyamatosan fejleszti.
8. Részt vesz az ápolás fejlesztésében.
9. Olyan munkahelyi légkört tart fent, mely elősegíti a magas színvonalú ápolást.
10. Megvédi a közéletet a félreinformálástól és a megtévesztéstől.
11. A közösség egészségének fejlesztésében aktív szerepet vállal.

Meg kell említeni az **ápolás etikai alapelveit** is, melyek fontos elemei a szakmai gyakorlat során keletkezett morális ítéleteknek. Fontos a *személyiség integritásának védelme*, az emberi jogok és méltóság tisztelete. A beteg *autonómiáját*, önrendelkező képességét tiszteletben kell tartani. A beteg részt vehet a saját ügyét érintő döntések meghozatalában, ehhez azonban kellő információval kell rendelkeznie. A kliens személyiségét tisztelni és kívánságait teljesíteni kell, az ápolónak meg kell osztania a beteggel az ápolással kapcsolatos információkat. Fontos továbbá az *önrendelkezéshez való jog* fenntartása az ápolás során. A

beteg visszautasíthatja az ápolást, vagy kérheti annak későbbi időpontra halasztását, melyet az ápolónak el kell fogadnia. Ha szükségessé válik a páciens korlátozó intézkedések (ágyrács, rögzítők használata) alkalmazása, akkor az orvos megbeszéli vele ennek okát, az eszköz típusát és a korlátozás időtartamát, és ez után megszerzi beleegyezését. Fontos a beteg bántalmazásának (testi-lelki) elkerülése az ápolás során („nem ártani” elv). Az ápolónak gondoskodnia kell a beteget fenyegető veszély elhárításáról. Meg kell akadályozni a beteg bántalmazását, és el kell távolítani a bántó körülményeket (*jótekonyság elve*), valamint olyan alternatívákat kell felajánlani, amelyekkel a keletkezett sérelem vagy kár ellensúlyozható (*hasznosság elve*). A hasznosság elve szavatolja az ápolás egyenlő minőségét mindenki számára. A prioritást mindig a beteg állapota, az ápolás iránti szükséglete határozza meg. Az ápolás során mindenkinek meg kell adni azt, amit megérdemel (*igazságosság elve*).

Az ápolók munkájához – ugyanúgy, mint más egészségügyi dolgozók munkájához – hozzátartozik az **etikett**. Az illemszabályok betartása javíthatja a betegellátást, meggyorsíthatja a gyógyulást és javíthatja a betegelégedettséget. Az ápolónak illik köszönnie, amikor bemegy valahová (a beteg kórtermébe, az osztályra). Mindenkit kellő tisztelettel kell megszólítani: „Kovács Úr”; „Asszonyom”. A néni vagy a bácsi megszólítás csak abban az esetben lehetséges, ha a beteg ezt kifejezetten kéri: „Szólítson Marika néniem!” Saját ápoltságára nagy hangsúlyt kell fektetnie (ruházat, haj, köröm, test). Arc kifejezése sugározzon jókedvet, derűt, bizalmat, optimizmust. Helytelen a durcás, merev, érzéketlen, szobor arc. Erkölcstelen magatartás az indokolatlan elkényeztetés, a beteggel szembeni agresszivitás és a bosszú. Fontos továbbá a halottakkal szembeni tisztességes viselkedés. A holttest meggyalázása, a halottra vonatkozó durva megjegyzések jogellenes cselekedetnek számítanak!

Felhasznált irodalom

1. Blasszauer B.: Orvosi etika. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1995.
2. Curtis B.: Etika az ápolásban. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1991.
3. Kovácsné Tóth Á., Feith HJ., Balázs P. (2006): A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17 (6): 9–13.
4. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. *Ápolói etika*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 103–106.
5. Rozsos E.: *Ápolásetikai ismeretek*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2006.

Barnáné Turcsoki Andrea: Szakdolgozóktól elvárt etikai viselkedés, etikai normák

Barnáné Turcsoki Andrea intenzív szakasszisztens, SZTE ÁOK Kardiológiai Központ, Szívsebészeti Intenzív Osztály

„Minden emberi élet abszolút érték. Nincs olyan közösség – se vallási, se nemzeti, politikai – amely kiigényelhetné magának a humanizmus fogalmát.” (Konrád György)

Munkakapcsolat etikája

Minden gyógyító-megelőző, rehabilitációs és közegészségügyi feladat egy kollektíva közös munkája. Fontos a jó kapcsolat az egyes szakágak, szakterületek között.

Ahol a következő negatív jelenségek merev hierarchiába ágyazódnak be, mint a szakmai féltékenység, másik orvos lejáratása, szakmai vélemények semmibe vételezése, ott nem alakul ki a megfelelő emberi és munkakapcsolat az orvosok és a nővérek, illetve egymás között.

A helyes kapcsolat szubjektív feltételei:

- a beteg nem a munka tárgya;
- a nővér számára a beteg hozzáértő, szakszerű ápolásra szoruló, jó szóra, baráti támogatásra, szeretetre is éhező embertárs.

A nővér feladata a páciens érdekvédelmének képviselője, hivatásának alárendelni önmagát, és hogy legyen képes áldozathozatalra.

Az ápoló szakmai kompetenciájának erkölcsi fedezete van, ha munkáját nem „jobb híján” választotta!

A jó nővér:

- idejét optimálisan képes beosztani, lelkesen, örömmel végzi munkáját;
- minden lehetőséget megragad szakértelmének bővítéséért;
- rendkívüli módon képes a lényegre a lényegtelenről megkülönböztetni;
- munkahelyére mindig pontosan érkezik.

Nővéri státusszal járó magatartás:

- magatartásával, hanghordozásával érzékelteti, hogy a csendes és a nyugodt légkör kívánatos;
- mindig védi a betegeket a felesleges zajoktól;
- mindig tiszta, jól – ápolt- az egyenruhát megfelelő módon viseli.

Stresszhelyzetben szembe tűnően higgadt, nyugodt és hatékonyan cselekszik.

Beteggel szembeni attitűdjét jellemzi, hogy előre látja és kielégíti a beteg szükségleteit; rendkívüli módon megérti a beteget mint egyént, együttműködését megnyeri, bizalmat ébreszt; a beteg hozzátartozóival, látogatóival megtalálja a megfelelő hangot.

A **munkatársaival szembeni attitűdjét** jellemzi, hogy mint teamtag jól dolgozik; megfontolt, udvarias, segítséget nyújt más egészségügyi dolgozóknak klinikai szituációban; jól reagál az instrukciókra és a tanácsokra; a segítő bírálatból sokat tanul; eredményes munkát végez mások tanításában és felügyeletében.

Az orvos-nővér kapcsolat:

A helyes kapcsolattartásra jellemző, hogy mindkét fél egymás munkáját kiegészítve látja el feladatát. A döntés joga törvényeink értelmében az orvosé, de a nővér lelkiismereti válsága esetén úgy kell cselekedni, ahogy azt a betegért vállalt felelőssége diktálja.

Nővér-nővér kapcsolat:

Nem mentes a feszültségtől, a kölcsönösségen, a segítő együttműködésen alapul. Ha a kapcsolatot irigység, féltékenység szakmai széttagolódás, megosztottság, elvtelen védelem veszi körül, akkor annak a beteg látja kárát!

Az ápolói munka minőségének feltétele:

- magas mérce munkájának gyakorlása közben;
- elméleti felkészültség jó gyakorlati alkalmazása;

- következetesen nagy figyelmet szentel a részleteknek is;
- mindig megbízhatóan végzi el feladatait felügyelet nélkül;
- jó megfigyelő, mindig jelzi a betegen észlelt állapotváltozásokat;
- önálló, találékony, jó tervező, szervező végrehajtó;
- rendszeresen készít jelentéseket, feljegyzéseket, minden fontos feladatot megbízhatóan feljegyez.

Betegfelvétel során a kapcsolatteremtésre, kapcsolattartásra kell törekednie. Meg kell hallgatnia a beteg aggodalmait, az „új beteg” problémáit, meg kell nyernie a beteg bizalmát, helyes kommunikációt alkalmaz, jó a modora, és munkáját együttérzés, empátia, humánus vezérli. „Látni a másik ember szemével, hallani a másik ember fülével és érezni a másik ember szíve szerint.” (Alfred Adler)

Kiemelt követelmény:

Minden egyes egészségügyi dolgozónak a kötelessége a munkája során az intimitás, a szemérmesség. A beteg értékeit óvni kell, emberi méltóságát kellő tapintattal, figyelemmel és tisztelettel biztosítani szükséges! Az egészségügyi szolgáltatás szinte minden mozzanata igényli az intimitást.

Magas szintű empátiás magatartás jellemzi az ápoló munkáját, mely hozzájárul a betegek szégyenérzetének, kiszolgáltatottságának csökkentéséhez, a magányosságuk elviselhetővé tételéhez és fájdalmuk enyhítéséhez. A segítő simogatás, bátorító tekintet sokat segít.

A jó ápoló védi a beteg érdekeit; tevékenységét átszövi az intimitás; figyelembe veszi a beteg személyes gondjait; kiszűri azokat az információkat, amelyeknél szükség van a diszkrécióra; az információkat illetékteleneknek nem adja át; körültekintő; kerüli a felesleges pszichés izgalmakat; elkerüli a kellemetlen incidenseket.

Ha az ápoló átérzi a beteg helyzetét, eszköz nélkül is tudja enyhíteni „gyötrelmeit” szolid megjelenéssel, derűs magatartással, kiegyensúlyozottsággal, tapintatos viselkedéssel.

„A testi sértésekről készíthető láttelelet. Így az is megállapítható, hogy hány napon belül gyógyulna. De ki mondja meg egy szóról, egy hangsúlyról, egy vállvonogatásról vagy egy röhögésről, hogy meddig lehet utána életben maradni, és miféle belső vérzésekbe hal bele az ember?” (Ancsel Éva)

Felhasznált irodalom

1. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Az ápolási folyamat megvalósítása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 134–194.
2. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe 2014. http://www.meszk.hu/docview.aspx?r_id=3436393234&web_id= Elérés ideje: 2014.08.19.
3. Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe. Magyar Pszichológiai Társaság, 2004. http://www.pszichoerdek.hu/Egyes%C3%BClet/Etikai%20K%C3%B3dex/mpt_szek2004.pdf Elérés ideje: 2010.01.20.

Farkas Rózsa: Vallás és egészségügyi ellátás

Farkas Rózsa diplomás ápoló, Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

A segítő foglalkozások munkavégzése nemcsak azokkal a technikai szabályokkal határozható meg, amelyek lehetővé teszik a zökkenő nélküli munkafolyamatot, hanem olyan tevékenység, amelyet erkölcsi szabályok szerint is kell folytatni. Az érték, erkölcs, etika, vallás és a szakmai tevékenység viszonya – megfogalmazható egy mondattal? Talán igen, a legprofesszionálisabb tevékenység is antiszociálissá válhat, ha csupán érdekevezérelt. Egy vallástalan, de erkölcsös ember adott helyzetben ugyanúgy cselekedhet, mint a hívő. Az előbbi lelkiismeretére hallgat, a másik pedig azt mondja igen ám, de a lelkiismeret mögött Isten áll.

A vallásos ember hitében a jót, mint Isten parancsát ismeri fel?

A vallásos ember könnyebben valósítja meg értékes önmagát?

A kérdésre mindenki maga keressen választ, de vitathatatlan, hogy a római katolikus vallás 10 parancsolatának 4–10. pontjai a vallástalan ember számára is követendő példa, a jog is megfogalmazza.

1. Uradat, Istenedet imádd, és csak neki szolgálj.
2. Isten nevét hiába ne vedd.
3. Az Úr napját szenteld meg.
4. Atyádat és Anyádat tiszteld.
5. Ne ölj!
6. Ne paráználkodjál!
7. Ne lopj!
8. Ne hazudj, és mások becsületében kárt ne tégy.
9. Felebarátod házastársát ne kívánd.
10. Mások tulajdonát ne kívánd.

A vallást gyakorlók számára fontosak és követendőek a vallásuk szabályai. Hazánkban a legnagyobb számban a római katolikus vallás gyakorlói vannak, de kisebb-nagyobb számban jelen vannak a református, az evangélikus, nazarenus, ortodox, jehova tanúi, zsidó, krisna hívők, hinduizmus, buddhizmus.

Milyen dilemmát eredményezhetnek a vallást gyakorló által követett szabályok, ha bármely okból kapcsolatba kerülnek az egészségügyi ellátó rendszerrel? Az istentisztelet megtartása az összes vallásgyakorlónak fontos. Szertartások, például a betegek kenetének felvétele római katolikus vallást gyakorló betegek számára lehet különösen fontos. A beteg hívőket e szentség megnyugtatja, és a nyugodtság segít nekik, hogy mindent megtegyenek gyógyulásuk érdekében. Ha pedig gyógyíthatatlan betegek, akkor megtisztult lélekkel állnak Isten elé.

A vallásgyakorlók számára időnként fontos az étrend. A római katolikus vallást gyakorlók a húsvéti időszakban kerülnek a hús fogyasztását, a zsidó vallás gyakorlói kerülnek a sertéshús fogyasztását, a Krisna hívők az erőszak nélküliséget vallva kerülnek minden állati eredetű ételt.

Ma már a tervezhető invazív beavatkozások esetében van megoldás, de a sürgősségi ellátásban, életmentésben még a mai napig komoly etikai dilemmát okoz a Jehova tanúi vallás követőinek hite és meggyőződése az idegen vér és vérkészítmény megtagadására vonatkozóan.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről egyértelműen fogalmaz az ellátás visszaütésének jogáról, és adott esetben e jogával a betegek vallási meggyőződésük miatt kívánnak élni.

A betegellátás során mivel tudunk csökkenteni a vallási meggyőződésből adódó konfliktusokat? A vallási meggyőződésre vonatkozóan gyűjtsünk információt, legyen az ápolási anamnézis része. Az étrend megválasztásához szükség esetén vonjunk be dietetikust. Biztosítsuk a beteg állapotától függően az istentiszteleten való részvételt. Ha a beteg igényli szentség felvételét, és azt meg is szervezik, biztosítsuk a szükséges intimitást, és az ápolási feladatokat időzítsük máskorra.

Felhasznált irodalom

1. Domszky A.: Etikai dilemmák a szakértői munkában. 2007. p. 4. http://www.afsz.hu/resource.aspx?ResourceID=full_szocpol_domszky_etikai Elérés ideje: 2014.11.10.
2. Mácz I.: Kísértés a jóra. Etikai olvasókönyv. Pázmány Péter Elektronikus Könyvtár. p. 80-81. http://www.ppek.hu/konyvek/Macz_Istvan_Kisertes_a_jora_1.doc Elérés ideje: 2014.11.10.

MRSA fertőzés okozta napi kihívások szakdolgozói szemmel

Farkas Rózsa: Gyakorlati feladatok multirezisztens kórokozók által okozott légzőrendszeri fertőzések esetén

Farkas Rózsa diplomás ápoló, Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

Az infekciókontroll vagy fertőzésfelügyelet eredeti értelmezése szerint a kórházi (nozokomiális) fertőzések megelőzésével foglalkozó, az epidemiológia tudományos alapjain nyugvó járványügyi gyakorlat. Helyi viszonyoknak megfelelő eljárás, betegek, egészségügyi dolgozók, látogatók védelme érdekében. Elsődleges célja a fertőzések kockázatának csökkentése.

A multirezisztens kórokozók epidemiológiai szerepe a nozokomiális fertőzések kialakulásában igen nagy jelentőségű. A multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések súlyosabbak, a terápiás lehetőség korlátozott, a letalitás magasabb, mint az átlagos rezisztenciával rendelkező kórokozók által kiváltott fertőzések esetében. Ez esetben a nozokomiális fertőzések detektálása az alábbi esetdefiníció figyelembe vételével történik: az olyan kórokozók által okozott nozokomiális fertőzéseket nevezzük multirezisztens kórokozók által okozott nozokomiális fertőzésnek, amely kórokozók egy vagy több, az elpusztításukra

hagyományosan alkalmazott antimikrobiális szerrel (antimikrobiális szercsoporttal) szemben rezisztenciát mutatnak.

Az egészségügyi ellátás során elszenvedett fertőzések közvetlenül a külső környezet fertőtlenítésével, az antiszeptikus eljárások alkalmazásával és az aszeptikus módon történő beavatkozásokkal előzhető meg. A beteggel közvetlenül foglalkozó személyzetnek feltétlenül tisztában kell lenni az aszepszis, antiszepszis, fertőtlenítés fogalmának jelentésével és jelentőségével, az izoláció és az egyéni védőfelszerelések használatára vonatkozó szabályokkal.

A légutakban előforduló multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések esetén e szabályok ugyanúgy betartandók, különös tekintettel a légúti váladék kezelésére. A kórokozók alkalmazkodó képessége alól a Mycobacterium Tuberculi sem kivétel. A tüdőgümőkór előfordulása csökkenő esetszámot mutat az 1950-es évek óta. 1950-ben 45 ezer főt érintett, az 1990-es években 5 ezer fő alatti esetet, 2000-ben 3589 főt, 2007-ben 1752 főt jelentettek. A diagnózis felállításának egyik eleme a köpet-mintavétel, mely 3-5 alkalommal történik mikroszkópos és tenyésztéses vizsgálati irányba. A mikroszkópos vizsgálati eredmény rövid időn belül információt ad, a tenyésztéses ideje 6-8 hét. Sajnálatos módon bizonyos Mycobacterium törzsek bizonyított ellenállást alakítottak ki az ismert tüdőgümőkór elleni antibiotikumokkal szemben.

Építészeti adottságok előnyével, hátrányával szemben szükséges a beteg elkülönítése. Infektológiai intézkedések közül kiemelendő a speciális védőmaszk használata a beteg részére, a levegő a maszk anyagán és szűrőjén át jut be a szájba és az orrba. A maszk anyaga vagy szűrője kiszűri a szennyeződéseket és a kórokozókat, így azok nem jutnak be az emberi szervezetbe. A szennyeződések és kórokozók megtapadnak a maszkon és a szűrőn. A beteg bizalmát meg kell nyernünk, együttműködésére lesz szükség az infektológiai intézkedések megértésében, elfogadásában, végrehajtásában. A beteg ápolása általános fizikális állapotához igazodik, de minden esetben szükséges gyógyszerbevitelnél az ápoló jelenléte.

Felhasznált irodalom

1. Molnár K.: Kórházi fertőzések Magyarországon. Doktori értekezés, 2010. http://doktoriiskola.etk.pte.hu/dok/doktoriiskola/disszertaciok/MolnarKornelia_ertekez es.pdf Elérés ideje: 2014.11.10.
2. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Évkönyv, 2008.

A fájdalomról fájdalommentesen

Dr. Németh Anikó: A fájdalom élettana

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

„A fájdalom a szervezeti diszfunkciók pszichikus vetülete, mely a szervezet-környezet zavarára hívja fel a figyelmet.” Valós vagy potenciális szöveti károsodáshoz társul. A fájdalom mindig szubjektív, érzelmi töltettel rendelkezik. A fájdalomtűrő képesség egyéntől, életkortól,

kulturáltságtól és az aktuális érzelmi állapottól függően változik. Megkülönböztetünk akut és krónikus fájdalmat. Az **akut (vagy fázisos) fájdalom** a sérülés után azonnal jelentkezik, rövid, gyorsan nő és csökken, megemelkedett vérnyomással és pulzusszámmal, verítékezéssel, tág pupillákkal jár, menekülési kényszert eredményez. Lehet gyors és lassú. A gyors fájdalom éles, jól lokalizálható érzés, a lassú fájdalom diffúz, nehezebben lokalizálható (sajgás). A **krónikus (vagy tónusos) fájdalom** több mint hat hónapja fennáll, és a fájdalomcsillapító hatástalan. Perifériás vagy centrális diszfunkció eredménye. Komoly betegséget vagy állapotot tükröz (pl. daganat). A rosszindulatú daganat okozta csillapíthatatlan fájdalom a malignus fájdalom, mely egészen a halálig fennállhat.

Kiindulási pont szerint hat fajtáját különböztetjük meg a fájdalomnak. *Szomatikus*: a test nem zsigeri részeiből származik, körülírt, jól lokalizálható. *Viscerális*: zsigerekben jelentkező fájdalom, nehezen lokalizálható. *Kisugárzó*: a fájdalom a közeli dermatómákba sugárzik ki. *Projicított*: az ideg teljes területén érzékelhető a fájdalom. *Malignus*: krónikus és akut fájdalom is lehet. *Izomfájdalom*: tejsav felszaporodása és az állandósult összehúzódás (görcs) miatt jön létre, de okozhatja oxigénhiány is (pl. szívizomfájdalom).

A fájdalom egyik súlyos formája a neuralgiás fájdalom (idegfájdalom), mely egy érzőideg lefutásának vagy ellátási területének megfelelően rohamszerűen jelentkezik (pl. arcidegzsába).

A fájdalomérző receptort **nociceptornak** nevezzük, mely mindenhol megtalálható a szervezetben (a zsigeri szervekben kevesebb). Ezek csupasz idegvégződések, melyekben a fájdalominger hatására kinyílnak a nátriumcsatornák (minél erősebb a fájdalom, annál több nátriumcsatorna nyílik ki). A nátrium beáramlik az idegsejtekbe, mely hullámszerűen végighalad a fájdalomérző pályán, az idegsejteken, és eljut az agykéregben lévő fájdalomközpontba. A fájdalominger által kiváltott ingerületet az afferens perifériás idegrostok szállítják. A gyors A-delta-rostok myelinhüvellyel rendelkeznek, és éles, lokalizált, jól elkülöníthető érzetet továbbítanak. A kicsi, lassú, velőtlen C-rostok kevésbé lokalizált zsigeri, és tartósan fennálló ingerületeket szállítanak. Ha például valaki szögbe lép, először éles, lokalizált fájdalmat érez, melyet az A-rostok szállítanak. Néhány másodperccel később a fájdalom diffúzzá válik, és az egész talp fáj (C-rostok ingerületszállításának következménye). A zsigeri fájdalmakat azért nehezebb lokalizálni, mert bennük kevesebb a fájdalomérző receptor.

A fájdalominger a szervezet homeosztázisát veszélyezteti, nem adaptálódik, vagyis nem szűnik meg a kiváltó inger tartóssága esetén, sőt, az inger erősségének fokozódása növeli a fájdalomérzet intenzitását. A fájdalmat kiváltó inger lehet mechanikai (pl. nyomás, szúrás, ütés, hő), kémiai, vasodilatatio, vasoconstrictio, gyulladás okozta feszülés. Érzelmi reakciókat is kiválthat (pl. sírás, kiabálás, mély hallgatás=depresszív hangulat). A zsigeri fájdalmakat általában feszülés, vazomotor-aktivitás vagy a simaizmok görcsös összehúzódása okozza.

A **fájdalom érzékelése** egyéni eltéréseket mutat. A testfelszínen lévő fájdalom jól lokalizálható, érzékelését befolyásolja az inger erőssége, az ingerületbe került idegrostok száma. Gyulladás vagy sérülés esetén a fájdalomküszöb (az ideg ingerületét kiváltó legkisebb inger) jóval alacsonyabb, mint normális körülmények között, ezt hyperalgesiának nevezzük. A **fájdalom kisugárzása** is egyéni eltéréseket mutat. Meg kell említeni a **dermatoma szabályt**: a fájdalom mindig olyan másik struktúrába sugárzik ki, amelyik ugyanabból az embrionális szegmentumból fejlődött ki, mint a fájdalom kiindulási pontja. Például a szívfájdalom a bal

karba, a vesefájdalom a herékbe vagy a nagyajkakba sugárzik ki. Az előzetes tapasztalatok (pl. egy korábbi műtét) is meghatározhatják a kisugárzást. Például egy korábbi hasi műtét hegébe sugározhat ki egy hasi zsigeri fájdalom. Főként a zsigeri fájdalmak sugároznak ki, a testfelszínen lévők alig.

A fájdalom következtében fokozódik a szimpatikus válasz a szervezetben, megemelkedik a pulzus, a vérnyomás, fokozódik a szívizomzat terhelése. Ennek következtében fokozódik a szervezetben az oxigénfogyasztás, így szívgyengeségben életveszélyes állapot is kialakulhat akár. A fájdalom csökkenti a mozgékonyt, fokozza az izomtónust, a mélyvénás trombózis veszélye nő. Tartós fájdalom esetén depresszió, szorongás lehet a következmény.

Felhasznált irodalom

1. Atkinson RL., Atkinson RC., Smith EE., Bem DJ.: Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 1997. p. 129-130.
2. Ganong WF.: Az orvosi élettan alapjai. Medicina, Budapest, 1995. p. 140–147.
3. Iványi Zsolt (2011): Fájdalom.
http://www.bel2.sote.hu/Oktat/2013/rezidens_torzso/3_ivanyi_fajdalom.pdf Elérés ideje: 2014.07.11.
4. Ormai S.: Az idegrendszer működése. In: Ormai S. (szerk.): Élettan-Kórélettan. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1996. p. 284–285; 301–302.
5. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Kényelemérzet-fájdalomcsillapítás. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 755–763.

Irinyi Tamás: A fájdalom hatása a pszichére, illetve a személyiségre, avagy értjük meg jobban a fájdalom okozta lelki kínokkal küszködőket

Irinyi Tamás egyetemi okleveles ápoló, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

Mindenki átélt már életében kisebb-nagyobb fájdalmat. Ez a leggyakoribb ok, amely miatt az emberek orvoshoz fordulnak. Akinek fájdalma van, kellemetlenül érzi magát, szenved és enyhülést keres. Ilyen értelem a fájdalomnak kettős arca van, az egyik arca az, hogy a fájdalom majd minden esetében a szervezet jelző reakciója, a fájdalomérző idegvégződések káros ingerek által kiváltott ingerületéből származó, kellemetlen érzés–tünet, tehát problémát jelez. A másik az, hogy a szenvedő embert motiválja arra, hogy felkeresse a gyógyítókat, és működjön együtt a velük, hiszen a fájdalom csillapítása az egészségügyi dolgozóknak a legfontosabb feladata. A fájdalmakat két nagy csoportra lehet osztani: akut,- illetve krónikus fájdalom. Az akut fájdalom az ok megszüntetésével, illetve a gyógyulás során fokozatosan elmúlik. A krónikus fájdalom hosszú ideig tart, esetleg élethossziglan.

A fájdalmak leggyakoribb okai csökkenő sorrendben: a vázrendszer gyulladása; a krónikus ízületi gyulladás; fejfájás; idegrendszert érintő elváltozások; operáció utáni állapot; fibromyalgia; traumás sérülés követ; angina (szív-koszorúér görcs); nőgyógyászati elváltozások; stb. A visszatérő és/vagy krónikus fájdalommal járó betegségek gyakorisága Magyarországon (becsült adatok): migrén: 1 000 000 fő; tenziós fejfájás (minimum) 1 000 000 fő; derékfájás (minimum) 1 000 000 fő; diabeteses polyneuropathia 70-80 000 fő.

A krónikus fájdalmaknak négy szakaszát különböztetjük meg:

- **Akut szak** – a krónikus betegség kezdetén fellépő fájdalom hasonló az akut betegségben jelentkezőhöz, az első szakasz 1-2 hónapig tart. Pszichológiai hatásai: a beteg fájdalmának enyhülését reméli az idő előrehaladásával.
- **Szubakut szak** – a fájdalom kezdete után két-hat hónapig tart. Ingerlékeny kedélyállapot, alvászavarok, szociális visszavonultság jellemző. A beteg rendszerint nem tér vissza a munkába vagy az otthoni elfoglaltságaihoz.
- **Krónikus szak** – a folyamatos fájdalom mintegy hat hónapos fennállása után a beteg reménye lassan megszűnik, hogy a fájdalom el fog múlni, és a beteg „rokkanttá” válik. Pszichésen a harag, szorongás és depresszió a jellemző. Házassági és szexuális zavarok alakulhatnak ki. Az önbecsülés csökkenése az alkalmatlanság érzésének és a függetlenség elvesztésének következménye. Dühkitörések, neheztelés, harag és féltékenységi irányulhat a beteg szerettei és az ápolásáért felelősek felé.
- **Szubkrónikus szak** – a fájdalomnak több mint három éven túli fennállása után a beteg hozzászokik a fájdalommal történő együttéléshez, de nem mindig pozitív hozzáállással fogadja el ezt a helyzetet. Gyakran azonban fokozatosan visszatér a beteg a társadalmi tevékenységekhez, a munkavállalás és-teljesítmény és családi viszonyok rendezése is lehetséges. Mérséklődik a depresszió, enyhülnek az alvászavarok és csökkennek a szexuális zavarok.

A krónikus fájdalom kihat az egyén közérzetére, lelki állapotára, interperszonális kapcsolataira, munkavégzésére, szerepeire tehát az egyén mindennapjaira. A krónikus fájdalommal élők kétharmada vallja azt, hogy a fájdalom egész életüket befolyásolja. Neumann és Lazarus (2001) vizsgálatai szerint az érintett lakosság közel 50 százaléka képtelen fizikai aktivitást végezni, 40 százaléka alvászavarral küszködik, 30 százaléka hangulatzavarral küzd.

Érdekes vizsgálati eredmény, hogy a krónikus fájdalom kialakulása statisztikai (szignifikáns) összefüggésben áll a munkanélküliséggel, ami azt jelenti, hogy körükben a krónikus fájdalom jelenléte jóval nagyobb arányt mutat. Ez felvet egy érdekes kérdést, miszerint a munkanélküliség a fájdalmak kockázatát növeli-e meg, vagy a fájdalmak miatt váltak munkanélkülivé az egyének.

A perzisztáló fájdalom nem csak a munkaképességre fejt ki hatást, hanem az egyén egész környezetére, leginkább családjára. Érdekes kutatási eredmény, hogy a fájdalommal élők 37 százaléka érzi magát teljesen egyedül a gondjaival, annak ellenére is, ha sok segítő kéz veszi őt körül. 28 százalékuk érzi azt, hogy családjuk nem érti, nem érzi át fájdalmaik súlyosságát.

Mindezek szerint a krónikus fájdalom egy komoly és összetett, világméretű, bio-pszicho-szociális probléma.

A fájdalom és a psziché kapcsolata rendkívül erős. A fájdalom stressz: azonnali hatást gyakorol a vegetatív (autonóm) idegrendszerre, egyes hormonokra, megváltoztatja a viselkedésünket, félelmet, szorongást (agressziót) vált ki, emlékezünk rá. A fájdalom tartós fennállása depresszióhoz, „fájdalomszemélyiség” kialakulásához vezethet. A fájdalom objektíven nem mérhető. Megélése, a fájdalomra adott reakció nagymértékben függ az érintett személy:

- neveltetésétől,

- fájdalomra vonatkozó vélekedéseitől,
- társadalmi helyzetétől,
- pszichés, érzelmi és fizikai állapotától,
- mely népcsoporthoz tartozik,
- vallásosságától,
- iskolázottságtól,
- adott körülményektől (férfi-nő).

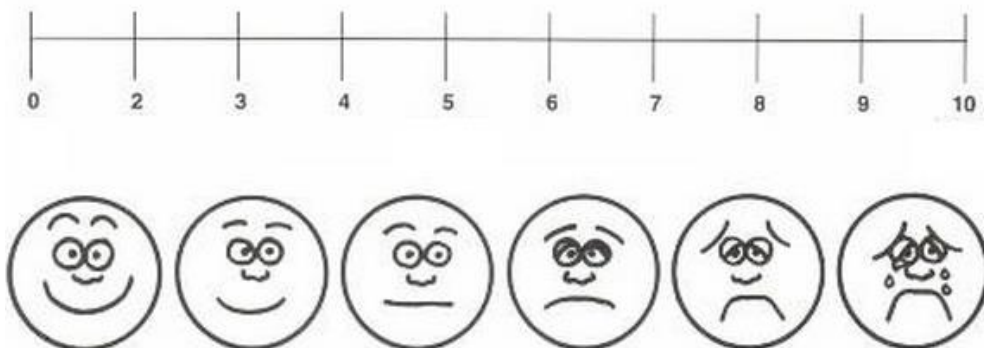
A különböző fájdalomskálák megpróbálják visszatükrözni a szubjektíven megélt fájdalmak erősségét. Pl.:

- VAS: visual analog skálán be kell jelölni a két véglet között (halálos fájdalom, nem fáj) a fájdalom mértékét.
- Numerikus fájdalomskála: a beteg számszerűsíti a fájdalmának mértékét 0 és 10 között.
 - 0 = Nincs fájdalom.
 - 1-3 = Enyhe fájdalom: a hétköznapi életvitelét alig befolyásolja.
 - 4-6 = Közepes fájdalom: a hétköznapi életvitelét jelentősen megnehezíti.
 - 7-10 = Súlyos fájdalom: bénító, a hétköznapi életvitelét megakadályozza.

Kategória skála:



Fájdalom arc skálák:



A hangulat és a fájdalom átélése nagyon szoros kapcsolatot mutat.

A depresszióban szenvedők több mint 75%-a szenved krónikus vagy visszatérő fájdalomtól (Lepine 2004). Fordítva: a krónikus fájdalomban szenvedők 30-60%-a depressziós (is) (Bair et al. 2003). Magas komorbiditás közös mechanizmusokat, patofiziológiai folyamatokat, idegrendszeri strukturális „átfedéseket” valószínűsít. Még kevésbé ismertek a depresszió és fájdalom kapcsolatának a neurobiológiai-alapja. Még nem eldöntött, hogy a depresszió csökkenti a fájdalomküszöböt vagy gyengül a centrális gátlás. Mérésekkel jól kimutatható, hogy a hangulati tényező miként befolyásolja a fájdalomérzetet:

„Azonos” fájdalomérzet kiváltásához szükséges nyomás (hüvelykujjra):

- kontroll személyek: 6,9 kg
- fibromyalgiások (FM): 5,2 kg
- FM+major depresszió: 4,7 kg ($p < 0,001$)

A krónikus derékfájdalom és a depresszió kapcsolata is szoros. A depresszív zavarok előfordulása kb. három-öttször gyakoribb a krónikus derékfájós betegek körében, mint az átlagnépességben.

A CT, MRI segítségével kimutatott degeneratív eltérések „súlyossága” és azok tünetképző szerepének összefüggése kellő kritikával értékelendő, hiszen ugyanazon mértékű szomatikus elváltozások esetén is mindenkinél más erősségben jelentkezik a fájdalom.

Fájdalom és depresszió neurobiológiájának lehetséges összefüggése: Serotonin és a noradrenalin endogén fájdalom gátló pályák transzmittere. Általánosan elfogadott feltételezés, hogy a szerotonin és a noradrenalin szerepet játszik a depresszió patofiziológiájában. Erre a bizonyíték, hogy pl. a triciklikus antidepresszánsok és a kettős hatású antidepresszánsok egyaránt hatékonyak a depresszió nélküli (neuropátiás) fájdalom és a depresszióval szövődő fájdalom kezelésében. Antidepresszánsoknak van direkt fájdalomcsillapító hatása. Emiatt a krónikus fájdalom kezelésében a fájdalomcsillapítók mellé az antidepresszánsok adása is indokolt.

Összefüggés van a fájdalom, az alvás és a szorongás/depresszió között. E három tényező mindegyike hat a másik két tényezőre is. Ha ez egyik romlik, akkor a másik kettő is romlik.

A krónikus fájdalom kezelésére elfogadott orvosi gyakorlat az, hogy az orvos fájdalomcsillapítókat és nyugtatókat rendel, amennyiben az ok nem szüntethető meg. E gyógyszerek szedésének számos hátránya van: tolerancia kialakulása, amely miatt a betegnek egyre nagyobb dózisokra van szüksége, a beteg függővé válhat, hozzászokhat a szerhez, és éppen a gyógyszerfüggőség okozta káros pszichológiai hatások miatt válik képtelenné arra, hogy a társadalomban hasznos szerepet töltsön be.

Eddig a szomatikus problémákra jelentkező fájdalomokról és azok átéléséről, illetve következményeiről volt szó. Vannak azonban olyan esetek is, mikor előbb van a pszichés probléma, és azt követi a fájdalom vagy a szomatikus elváltozás. A szomatiform zavarok közös jellemzője a kimutatható szervi ok nélkül jelentkező testi panasz, illetve a túlzott foglalatosság a testi tünetekkel. Egy tanulmány szerint, amely az alapellátásban megforduló betegekkel foglalkozott, körükben 10-30%-nyi volt a kimutatható ok nélküli testi panaszok aránya.

Krónikus fájdalommal küszködő személy ápolása nem könnyű feladat. Sok esetben az egészségügyi személyzet is frusztrálódik a krónikus fájdalomban szenvedő beteg kezelése során, a probléma olyan összetett, hogy a gyógyító személyzet hozzáállása az ilyen beteghez negatívvá válhat – ez azonban csak tovább rontja a helyzetet. A krónikus fájdalommal szenvedő ápolásakor rendkívül kevés a sikerélmény mind az ápoló, mind az ápolást nyújtó számára, ami kilátástalanság érzést és frusztrációt okoz.

A krónikus fájdalommal szenvedő beteg valódi együttérzést és érdeklődést igényel az egészségügyi dolgozóktól. A krónikus fájdalom befolyásolja a beteg magatartását, interperszonális kapcsolatait, egy bizonyos idő után olyan viselkedésmód alakul ki, amely a normális napi aktivitásában gátolja. Ugyanakkor a krónikus fájdalom okozta viselkedésmód előnyöket is eredményezhet, mások manipulálásának eszközévé is válhat.

Összegzésként elmondható, hogy a fájdalom hat a személyiségre (hangulatra, viselkedésre), amely visszahat a fájdalomra (tovább súlyosbítja azt). Betegségcentrikus gondolkodása és a fájdalom miatt a páciens gyakran képtelen kikapcsolódni. Fokozatosan – a

betegségén kívül – minden iránt elveszti az érdeklődését. A gyógyító személyzet magatartása támogató és figyelmet mutató legyen, miközben az önsegítésre bátorítja a beteget. Ha megértjük a betegben lezajló folyamatokat (szorongás, frusztráció, depresszió, agresszió, magányosság, félelem, kilátástalanság...), akkor a gondokon a személyzet támogató, elfogadó, empátikus magatartásával sokat lehet javítani.

Felhasznált irodalom:

<http://web.med.u-szeged.hu/sztkk/pdfs/vcsfaj.pdf> Elérés ideje: 2015.07.08.

<http://www.csabitolaco.eoldal.hu/cikkek/a-fajdalom.html> Elérés ideje: 2015.07.08.

<http://www.drdiag.hu/kereso/diagnosztika.adatlap.php?id=96004> Elérés ideje: 2015.07.08.

http://neurology.pote.hu/neuro/modules/fajdalom/data/fajdalom_001m.pdf Elérés ideje: 2015.07.08.

Lévainé Bodrogi Klára: Akut fájdalmak gyógyszeres csillapítása

Lévainé Bodrogi Klára gyógyszerértári szakasszisztens

A fájdalom csillapítása az orvoslás legősibb feladatai közé tartozik. Hatékony kezelés csak a fájdalom típusának helyes felismerése esetén alkalmazható. Megfelelő útmutatók hiányában a páciensek jelentős része aludozírozott, illetve nem kap megfelelő kezelést. A fájdalmat mindig komolyan kell venni, a fájdalomcsillapítás megkezdésével egy időben a kiváltó okot is keresni kell.

A fájdalomcsillapító a fájdalominger küszöbét emeli meg, szelektív módon csökkenti a fájdalomérzést. A többi érzékszerv működését, úgymint a látást, szaglást, légzést, hallást, tapintást, szellemi és fizikai munkaképességet analgetikus adagban nem befolyásolja. Az analgetikumoknak két nagy csoportja van: **major** és **minor** analgetikumok.

Major analgetikumok a morfin és származékai, melyeket 4 csoportra különítünk el:

- 1. Természetben előforduló ópium alkaloidok**
- 2. Félszintetikus vegyületek – morphin- és codeinszármazékok**
- 3. Szintetikus kábító fájdalomcsillapítók**
- 4. Centrálisan ható szintetikus opioid fájdalomcsillapító**

Természetben előforduló ópium alkaloidok: Különböző eredetű, erősségű fájdalmak csillapítására, különösen a tartós, krónikus jellegű fájdalmakat csillapítják ezek a készítmények. Például daganatos megbetegedésekben, tüdőoedema, vesekőcolica esetén. A morfinnal kezelt betegek másképpen reagálnak az őket érő fájdalmas ingerekre, a fájdalmat másként élik meg. Megváltoztatja a pszichés állapotot, csökkenti a szorongást, a fájdalomtól való félelmet. Túladagolás esetén a mellékhatások nagyon súlyosak, sőt halált okozók is lehetnek. E készítmények alkalmazásakor és hatásának időtartama alatt járművet vezetni, balesetveszéllyel járó munkát végezni, és szeszesitalt fogyasztani tilos. Az opioid analgetikumok folyamatos alkalmazása toleranciát és dependenciát eredményez. A morfin dózisznövelése a terminális állapotú betegeken sem automatikus, és ahol indokolt, ott többnyire az egyre erősödő fájdalom

és nem a tolerancia miatt kerül rá sor. Klinikai vonatkozásokban a dependencia nem számottevő. Az opioid analgetikumok alkalmazásában való túlságos óvatosság gyakran indokolatlanul eredményez a betegeken nem kielégítő fájdalomcsillapítást. Az opioid receptorok specifikus antagonistája a NALOXON, a morfinszerű vegyületek okozta légzésdepressziót képes felfüggeszteni, dependencia esetén az elvonási tünetet eliminálni.

Félszintetikus vegyületek – morfin- és codeinszármazékok: Hydrocodin tabl. – fájdalomcsillapító hatása mellett jelentős köhögéscsillapító hatása is van, a morfintól 6x gyengébb, 4-6 óránként egy tablettát ajánlott.

DHC continus ret. tabl. 60 mg – nyújtott hatású készítmény, hatóanyaga a dihydrocodein, nem kábító fájdalomcsillapító. Középsúlyos fájdalmakra alkalmazzuk. Hatásának időtartama 12 óra. Nubain inj. (nalbuphin) – gyorsan fejti ki a hatását, igen széles körben alkalmazott készítmény. Rosszindulatú megbetegedésekben, prae- és posztoperatív fájdalom csillapítására használjuk.

Szintetikus kábító fájdalomcsillapítók: Depridol inj., tabl., (metadon) hatásspektruma a morfinnal megegyezik. Dolargan inj., tabl., (petidin) posztoperatív fájdalomcsillapításra, 10x gyengébb, mint a morfin, rövidhatású készítmény, hatásának időtartama 2-4 óra.

A fentanyl hatóanyag tartalmú tapaszok hatása 72 órán át tart, tumorok okozta krónikus fájdalmak csillapítására alkalmazzuk. A tapaszok koncentrációja ugyanaz, a méret határozza meg a felszívódott hatóanyag mennyiségét (10, 20, 30, 40 cm²). Alkalmazható felkaron, hason, háton, egymás után különböző helyre. Egyenletes vérszintet biztosít. A gyógyszerformából adódóan a gasztrointesztinális mellékhatások kiküszöbölhetők. **Centrálisan ható szintetikus opioid fájdalomcsillapítók:** Ezek már nem kábító fájdalomcsillapítók. Ide tartoznak a **tramadol** hatóanyagot tartalmazó készítmények, valamint egy kombinált készítmény, a **Zaldiar** filmtabletta és pezsgőtabletta.

A **tramadol** közepes és erős, akut és krónikus fájdalmak, valamint fájdalommal járó diagnosztikus és terápiás beavatkozások esetén javallt. A gyógyszerformákat tekintve igen széleskörű. Az adagolás a fájdalom erőssége alapján individuális. Felnőttek részére a napi adag max. 400 mg-ig emelhető. Gyakran más fájdalomcsillapítóval vagy nonsteroiddal kombinálják. Mellékhatások: izzadás, szédülés, hányás, szájszárazság, fáradékonyság, kábultság. A keringés szabályozásának kisebb zavarai és a gastrointestinalis panaszok ritkán fordulnak elő. Gyógyszerkölsönhatás: MAO gátlót szedő betegeknek nem adható, a központi idegrendszerre ható más szerekkel együtt adva a központi hatás erősödik. Figyelmeztetés: tartós alkalmazásakor gyógyszerfüggőség alakulhat ki, a terápia időtartama csak az éppén szükséges legyen.

Amíg a kábító fájdalomcsillapítók mindenfajta fájdalmat elviselhetővé tesznek a tűrőképesség fokozásával, addig a minor analgetikumok a kisebb fájdalmakat szüntetik meg (fejfájás, fogfájás, ízületi- és izomfájdalom). Jelentős lázcsillapító hatással rendelkeznek (a központi agy hypothalamusában lévő hőszabályozási központ izgalmát csökkentik), de a normál testhőmérsékletet nem. A minor analgetikumok hármas hatásúak: fájdalomcsillapító (analgetikus), gyulladáscsökkentő (antiflogisztikus), hőcsökkentő (antipiretikus).

Hatásuk a prosztaglandin-szintézis gátlása révén jön létre. A prosztaglandin jelenléte már mikromennyiségben gyulladást és fájdalmat okoz. A prosztaglandin arachidonsavból

szintetizálódik, a szintézis első lépését egy ciklooxigenáz enzim katalizálja. E gyógyszercsoport tagjai itt hatnak, gátolva a ciklooxigenáz enzimeit.

Három fő hatóanyag tartozik ide, a szalicilátok, pirazonon és anilinszármazékok. Valamint a kombinált gyógyszerkészítmények. A minor analgetikumokat 3 csoportra osztjuk:

1. Szalicilátok

2. Pirazonon származékok

3. Anilin származékok

A *szalicilát* tartalmú gyógyszereket lázcsillapításra, enyhébb fájdalokra, ízületi gyulladásokban alkalmazzuk. A húgysavképződést csökkentik, valamint rendelkeznek trombocita aggregáció hatással. A leggyakoribb mellékhatása a szalicilát-érzékenység következtében fellépő allergiás tünetegyüttes. Ellenjavallt máj- és vesebetegeknél. Gyomor- és nyombélfekély esetén bevérzést okozhat, ezért célszerű feloldani, illetve sok folyadékkal bevenni. Szénanátha, orrnyálkahártya-polip fennállása esetén, asztmában, krónikus légúti fertőzésben szenvedő betegeknek asztmás rohamot provokálhat.

A *pirazonon származékok* az aminophenazon és noraminophenazon hatóanyag tartalmú készítmények. Fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő és lázcsillapító hatású készítmények, de számos országban kivonták a forgalomból a mellékhatások miatt. Mellékhatásként meg kell említeni a csontvelő- és vesekárosító hatását, illetve a gyakori bőrtünetek jelentkezését. Ellenjavallt asztma bronchialisban és krónikus légúti fertőzésekben.

Az *amilinszármazékok* gyulladáscsökkentő hatása nem jelentős. A paracetamol hatóanyag sok néven kerül forgalomba, többféle kombinációban fordul elő. Codein, koffein, acid. asorb. mellett még antihisztamin és szimpatomimetikumot is tartalmazhatnak ezek a gyógyszerek. Fejfájás csillapítása és a kombinációjukból eredően meghűléses betegségekben, ill. az influenza tüneteinek enyhítésére alkalmazhatók. Nagy dózisban, folyamatos szedés mellett, de még normál dózis esetén is előfordulhat máj- és vesekárosító hatása, de csontvelő-károsító hatással is számolni kell. Mellékhatásként allergiás bőrreakció, étvágytalanság, hányinger, hányás, hasi fájdalom, gyengeség, rossz közérzet, izzadás jelentkezhet.

A terápiában a fájdalom okától függően különböző gyógyszereket alkalmazunk:

- görcsös fájdalom esetén görcsoldókat, izomrelaxánsokat,
- gyulladásos fájdalomra nemszteroid gyulladásgátlókat,
- perifériás érfájdalmak esetén simaizom-görcsoldókat.

Akut fájdalomcsillapítás, nemsteroid gyulladásgátlók

Igen elterjedt készítmények, a felhasználásuk fokozatosan növekszik. Vannak közöttük recept nélkül megvásárolható készítmények, valamint csökkentett hatóanyag tartalmú gyógyszerek akut esetekre. Fájdalomcsillapítás előtt el kell döntenie, hogy szükséges-e a fájdalmat csillapítani, elfedhet bizonyos tüneteket (vakbélgyulladás); a mellékhatások rontják-e az állapotot; tolerancia, dependencia veszélye fennáll-e?

A gyulladásos megbetegedések gyógyszeres terápiájának célja a fájdalom és a gyulladás intenzitásának csökkentése, valamint a gyulladást kísérő káros folyamatok progrediálásának lassítása, illetve megállítása.

A nemsteroid gyulladáscsökkentők hármassal rendelkeznek: fájdalomcsillapító (analgetikus), gyulladáscsökkentő (antiflogisztikus), lázcsillapító, hőcsökkentő (antipiretikus). Mellékhatások: hematológiai mellékhatások (agranulocitózis); a veseműködést 3 szinten befolyásolhatják (1. csökkentik a veseműködést a vesekeringés befolyásolása révén; 2. csökkentik a só- és folyadék kiválasztást – oedemaképződés; 3. nefrotoxikus hatásúak lehetnek); hiperszenzitív reakciók (asthma bronchiale, rhinitis, generalizált urticaria); gyomor- és bélnyálkahártyára gyakorolt hatás (hányás, hasmenés, obstipáció, 10% gyomorfekély); méhre, terhességre, szülésre gyakorolt hatás.

Ellenjavallt: akut ulcus, gastrointestinális vérzés, terhesség, szoptatás, 14 éves kor alatt (kivétel diclofenac, ibuprofen). Figyelmeztetések: az antikoagulánsok és az antidiabetikumok hatását fokozzák. Növelik a lítium és a digoxin toxicitását. A bétablokkolók hatását csökkentik.

Nemsteroid gyulladásgátlók és rheumaellenes készítmények csoportosítása

Ecetsavszármazékok és rokon vegyületek (indometacin, diclofenac, acemetacin, aceclofenac hatóanyag tartalmú készítmények).

Indometacin: A gyulladáscsökkentő hatása jóval erősebb, mint a szalicilátoknak és a phenylbutazonnak. Étkezés után kell bevenni, lehetőleg tejjel, célszerű H₂ receptor blokkolót vagy protonpumpagátlót szedni mellé. Max. 200 mg a napi dózis.

Diclofenac: A káliumsót (Cataflam) tartalmazó készítmény felszívódása gyorsabb, mint amelyik nátriumsót tartalmaz. A gyógyszerformák tekintetében a vízben oldódók gyorsabban hatnak, de nem védik a gyomrot. A hatásintenzitás ugyanakkora. A filmtabletták gyomorsavrezisztensek, a vékonybél lúgos kémhatására esnek szét.

Acemetacin: Az indometacin prodrugja (elővegyülete), nagyobb koncentrációt ér el a szövetekben, erős gyulladáscsökkentő hatással rendelkezik, mozgásszervi gyulladásos megbetegedésekben alkalmazzuk.

Aceclofenac: Bejut az ízületi folyadékba, ott felhalmozódik, ízületi gyulladásokban alkalmazzuk.

Oxicamok (piroxicam, lomoxicam, meloxicam hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek). E gyógyszercsoportba tartozó készítmények jól tolerálhatóak, alkalmazásuk széleskörű. 15 éves kor alatt alkalmazásuk nem ajánlott.

Propionsavszármazékok: (ibuprofen, naproxen, ketoprofen, flurbiprofen, tiaprofenic acid, dexibuprofen, dexketoprofen, ibuprofen kombinációk, hatóanyag tartalmú gyógyszerkészítmények). Több készítmény van ebben a csoportban, melyek recept nélkül kaphatóak, közkedvelt készítmények. Általában jól tolerálhatók, fájdalom-, láz-, gyulladáscsökkentő készítmények, de a gyulladáscsökkentő hatásuk az erősebb. Szaliciláttal kombinálva a hatás csökken, pont az ellenkezője, mint amit várnánk.

Fenamatok: Rheumon inj, Ponmel 250 mg kapsz.

Cexibok: Celecoxib (Celebrex 200 mg kapsz), Etoricoxib (Arcoxia 60 mg, 90 mg filmtabl). Jól tolerálhatók, a gastrointestinalis mellékhatások e készítményeknél a legritkébbak, másik előnyük, hogy nincs thrombocita aggregáció hatásuk.

Egyéb: Nabumetone (Relifex): Nem savas karakterű vegyület, kevesebb gastrointestinalis mellékhatással rendelkezik, hosszú hatástartamú (24 óra). Niflumic acid (Donalgin): Fogászatban és nőgyógyászatban alkalmazása széleskörű, az idősebb korosztály máig kedvelt gyógyszere. Glucosamin (Dona, Glucosamin Ph., Gool). Nimesulid (Mesulid, Nidol, Nimelid, Xilox): Alkalmazása széleskörű, hosszú hatástartammal rendelkezik. Chondroitin sulfate (Condrosulf), Rheosolon tablettá: Kombinált készítmény, phenylbutazont és kortikoszteroidot tartalmaz. Gyulladásgátló hatása erős, analgetikus és antipiretikus hatása gyenge.

Ízületi és izomfájdalmak lokális készítményei (kenőcs, gél, krém, tapasz, spray, oldat):

A lokális készítmények előnye, hogy a mellékhatások elenyészőek, a hatóanyag bőrön keresztül történő felszívódása kedvező.

Minden egészségügyi dolgozó feladata odafigyelni, hogy a betegek azonos hatóanyag-tartalmú készítményt egyszerre ne kapjanak, hiszen csak a mellékhatások fognak erősödni. Minden esetben fel kell hívni a figyelmet a leggyakrabban előforduló mellékhatásokra. Ahhoz, hogy sikeresen megtaláljuk a betegeknek a legmegfelelőbb fájdalomcsillapítót, fontos megismerni az újonnan megjelenő készítményeket. A betegek többségénél kialakul egyfajta gyógyszereszedési szokás, amit éveken, illetve évtizedeken keresztül megtartanak, melyek akár helytelenek is lehetnek. A különböző eredetű fájdalmakra a „jól bevált” gyógyszert szedik ahelyett, hogy szakemberek véleményét kikérve megfelelő terápiában részesülnének. Körültekintően kell tájékozódni, kérdezni, és meghallgatni a beteget. A tapasztalat azt mutatja, hogy megfelelő útmutatók hiányában a páciensek jelentős része kap alul dózírozott, illetve nem megfelelő kezelést. A pszichés állapot nagymértékben befolyásolja a fájdalom megélését. A nyugodt környezet, a szorongás és a félelem enyhítése elviselhetőbbé teszi a beteg számára a fájdalmat. Ez elérhető a beteg megfelelő felvilágosításával, a szakdolgozók empátiás, megértő magatartásával.

Felhasznált irodalom

1. Alföldi S.: Gyógyszerkódex. Medintel Könyvkiadó, Budapest, 1995.
2. Neal M.J.: Rövid farmakológia. Spriger Hungarica Kiadó Kft., Budapest, 1996.
3. Vágvolgyi Á.: Gyógyszeran. Kádix Bt., Budapest, 2007.

Rónyai Edit: A fájdalomcsillapítás lehetőségei a fizioterápia módszereivel

Rónyai Edit gyógytornász, SZTE SZAKK Ortopédiai Klinika Központi Fizioterápiás Részleg és Oktatási Csoport

A **fizioterápia** a természet energiáival való gyógyítást jelenti. Az orvosi terápia legősibb ága, gondoljunk csak az ókorban már használatos borogatásokra, a lázcsillapítás fizikai módszereire, a gyógyfürdők, gyógyiszapok használatára. A gyógyszeres terápia mellett a konzervatív kezelés része. Megkülönböztetünk tüneti kezeléseket, melyek csak a fájdalom csillapítására szolgálnak, illetve oki kezeléseket, melyek a fájdalmat kiváltó és fenntartó

elváltozásokat próbálják orvosolni. A magyar egészségügyi rendszerben jelenleg a gyógytornász-fizioterapeuta az, aki a fizioterápiának szinte a teljes kellékárját alkalmazhatja munkája során. A gyógymasszőr masszázssal elő tudja készíteni az izmokat a mozgásra, illetve passzív mozgatót végezhet orvos vagy gyógytornász irányításával. A fizioterápiás asszisztensnek elektromos kezelések végzésére van jogosultsága.

A fizioterápia módszereit feloszthatjuk a felhasznált energiák fajtái szerint.

- *Fizikai energia* felhasználása (fizioterápia): elektroterápia, fototerápia, hidroterápia, termoterápia.
- *Kémiai energiák* felhasználása: inhaláció, balneoterápia, klímaterápia, dietoterápia (dietetikus végzi).
- *Mechanikai energia* felhasználása: gyógytorna (aktív), masszázs (passzív), passzív mozgató (passzív).

Ezek a felosztások nem éles határvonalak, egy kezelés során többféle energiát is felhasználhatunk (pl. a rekeszes galván kezelésnél hidroterápiát és elektroterápiát együttesen alkalmazunk). A kezelés menetében is gyakran változtatjuk a különböző módokat a beteg aktuális állapotának megfelelően.

A fizioterápiának nagy jelentősége van a prevencióban, ami egyébként a fájdalomcsillapítás leghatékonyabb módszere, a gyógyításban és a műtét utáni rehabilitációban.

A **fájdalom** a szervezet egyik védekező mechanizmusa, ami mindig ártalmas vagy kellemetlen ingerhatások következménye. Az orvoshoz fordulás vezető tünete, egy mozgásterjedelem-beszűkülést vagy egy izomerő-csökkenést sokkal kevésbé érez a beteg problémának, mint a fájdalmat. Viszont vannak olyan körképek, amelyek eleinte fájdalommal nem járnak, de a kezdeti szakaszban tudunk csak jó eredményeket elérni a kezelésükben (pl. scoliosis). Szubjektív érzet, ami rendkívül nagy variációkat mutat, emiatt nagyon nehéz az objektív mérése. A fájdalom a mozgásszervi problémáknál rendkívül változatosan jelenik meg, ennek megfelelően változatos a kezelési módszere is. Vezető tünet, változó formában és intenzitással, de az egész kezelési menetben jelen van. Nem lehet a fájdalmat kezelni a többi tünet kezelése nélkül.

A fájdalom, a mozgásbeszűkülés, a reflexes védekező izomspazmus és az adott testrész keringésének változása egy circulus vitiosus kialakulásával hatással vannak egymásra. Ebbe az ördögi körbe kell beavatkoznunk a kezeléssel.

A fizioterápiás kezelés menete:

1. Gyógytornászi betegevizsgálat
2. Funkcionális diagnózis felállítása
3. A terápiás célnak megfelelően a kezelési terv meghatározása
4. Záró állapot felmérése, értékelése

A **betegvizsgálat** során a fájdalomról nagyon sok információt kaphatunk célzott kérdések segítségével az anamnézis során. Lokalizációban megjelölhet a beteg egy pontot, egy diffúz területet vagy akár egy egész testrészt is. A fájdalom jellege rendkívül informatív annak megítélésében, hogy mely képlet területéről eredhet a fájdalom oka. Az a kérdés, hogy állandó vagy változó-e a fájdalom jelenléte, van-e napszaki ingadozás, testhelyzettel vagy mozgással összefüggésben van-e a változása, arra ad nekünk választ, hogy kémiai vagy mechanikai eredetű problémáról van-e szó. Már az anamnéziséből kiderül az is, hogy akut vagy krónikus

fájdalommal állunk szemben. Fontos kérdés, hogy szed-e fájdalomcsillapítót, hiszen nagyon sok módszernél a vizsgálat során provokációs tesztek alkalmazunk, a fájdalomcsillapító elfedi a tüneteket. A fájdalom erősségét a Visual Analóg Skálával (VAS) próbáljuk objektívizálni, összehasonlíthatóvá tenni. A fizikális vizsgálat során nézzük azt, hogy van-e más, objektíven mérhető mozgásszervi elváltozás a betegnél.

A betegvizsgálat kiértékelése után arra keressük a választ, hogy mely képlet területéről ered a probléma (pl. izom, ízület, ín, ínhüvely, szalag, bursa, perifériás ideg), így célzottan az ennek megfelelő kezelési módszereket tudjuk kiválasztani a kelléktárunkból.

Tüneti kezelések:

1. A **nyugalomba helyezésnek** nagy jelentősége van az akut problémáknál, illetve kémiai eredetű problémáknál. Ez történhet az adott testrész pihentető helyzetének kivitelezésével vagy külső támasz alkalmazásával (pl. Schanz-gallér, gipszágy, csuklórögztítő). A pozicionálásnál fontos szempont az adott testrész funkcionális helyzetű elhelyezése, illetve az izmok lazítását elősegítő helyzet létrehozása.
2. **Extenziós kezelésekkkel** az adott testrész feszülő izmait, szalagjait tudjuk nyújtó ingerrel lazítani, illetve az ízületi felszíneket távolítani egymástól.
3. **Elektroterápiában** sokfajta lehetőségünk van a fájdalom csillapítására:
 - a. Az interferencia középfrekvenciás kezelés; ödémacsökkentő, keringésjavító, izomspazmus oldó hatása van.
 - b. Iontophoresis segítségével helyileg tudunk gyógyszert bejuttatni a szervezetbe, ez általában fájdalomcsillapító vagy gyulladáscsökkentő.
 - c. Ultrahanggal szöveti felmelegedést, szöveti mikromassázst hozunk létre; keringésfokozó hatású.
 - d. A lágylézer-terápiával fájdalmas pontok kezelését tudjuk végezni; a sejtek alapanyagcseréjét gyorsítja.
4. A **klasszikus svédmasszázs** fogásai jól alkalmazhatók izom eredetű problémáknál, másodlagosan kialakult izomspazmus oldására, előkészítő szerepe van az aktív mozgásterápia előtt. Azonban önmagában nem oldja meg a problémát, az izomspazmus fenntartásáért felelős okot nem szünteti meg.

Oki kezelések:

1. A **passzív mozgatással** a keringést tudjuk fokozni, a mozgásterjedelmet növelni, a fájdalmat csökkenteni.
2. **Manuális kezelési technikák**
 - a. Manuálterápiával az úgynevezett ízületi játékot próbáljuk normalizálni, az ízületi blokkokat oldani. Az ízületi felszínek közötti kis elmozdulások szükségesek a nagy terjedelmű, funkcionális mozgások kivitelezéséhez.
 - b. A Terrier-féle technika a lágyrészek kezelésében nagy segítség. Klasszikus masszázsfogásokat alkalmaz ritmikus passzív mozgás közben egy szöveti nyújtással kombinálva.
 - c. A perifériás idegmobilizációs technikákkal a perifériás ideg nyújthatóságát próbáljuk visszaállítani direkt, illetve indirekt fogásokkal.

3. **A subaquális tornánál** kihasználjuk a víz lazító hatását. Tehermentesített környezetben tudunk izmot erősíteni, illetve mozgásterjedelmet növelni. A víz fizikai tulajdonságai révén olyan helyzeteket tudunk teremteni izmok együttműködésére, koordináció fejlesztésére, amit tornateremben nem. A vízben való mozgás pszichés hatása is jelentős.
4. A **tornatermi mozgásterápiában** a tehermentesített helyzetekben való dolgoztatás mellett már végeztetünk gyakorlatokat gravitációval szemben, illetve különböző szerek használatával ellenállással szemben is.

A kezelési eredmény, azaz a fájdalommentes mozgás tartós megtartásához szükséges az adott testrész funkciójának helyreállítása, a normál mozgásterjedelem elérése, a passzív mozgatórendszert védő izomfűző fejlesztése, az izmok együttműködésének fejlesztése, az optimális izomegyensúly helyreállítása, valamint az elért eredmények beépítése a hétköznapi funkcionális mozgásokba. A panaszok kiújulásának megelőzése érdekében fontos az egész testre kiterjedő tartásjavítás, illetve a munkahelyzetek optimalizálása. Fontos része a kezelésnek a beteg oktatása, kialakítani a személyes felelősségtudatot az egészsége védelmében.

Felhasznált irodalom

1. Csermely M.: Fiziotherápia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1994.
2. Lencz L.: A fájdalom és csillapítása. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1996.
3. Reichel H.S., Groza-Nolte R.: Fiziotherápia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2001

Hogyan oktassunk?

Dr. Németh Anikó: A betegoktatás irányelvei

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az egészségügyi dolgozó munkájához hozzátartozik a betegoktatás, ami szekunder prevenció, hiszen valamilyen betegségben szenvedő embernek nyújtunk segítséget információ-átadással. Betegoktatásnak nevezünk minden, a betegek felé irányuló oktatási tevékenységet, mely során a betegek korábban megszerzett tudására, tapasztalataira építünk. A **betegoktatás célja** többek között az egészség fenntartása, előmozdítása és a betegségek megelőzése, az egészség helyreállítása, valamint annak előmozdítása, hogy a beteg meg tudjon birkózni az esetleges csökkent működőképességgel. Információval látjuk el őket, illetve kiigazítjuk téves elképzeléseiket, továbbá rávezetjük, hogy lássák saját szerepüket, és vállalják érte a felelősséget.

A betegoktatás a betegápolás integráns része, magába foglalja az ápolási folyamat alkalmazását, igényli az oktatási technikák és tanulási elvek alkalmazását, változik az adott beteg életkora, jelen állapota és életkilátása szerint. Fontos figyelembe venni a beteg ember

személyiségét és viselkedését, mely a szorongástól kezdve a közömbösségen és a betegségbe menekülésen át az együttműködésig terjedhet. A megbetegedés megváltoztatja a beteg társas kapcsolatait, szerepváltásra készíti (pl. családfenntartó apa ápolásra szorul).

Megkülönböztetünk orvos- és betegcentrikus betegoktatást. Az **orvoscentrikus betegoktatás** előírásokat tesz a beteg számára, melyeket be kell tartania. A tervezés a beteg számára történik (a szakember határozza meg a szükségleteket), és nem a beteggel együtt, és alkalmazkodnia kell a kezelésekre is. A kliens passzív befogadó, és egy függőségi viszony alakul ki az egészségügyi személyzettel kapcsolatban (váratlan helyzetekben a beteg nem képes cselekedni). Célja a viselkedésváltozás elérése. A **betegcentrikus betegoktatás** során a beteg autonómiája érvényesül. A tervezés a pácienssel együtt történik, aki aktívan részt vesz a folyamatban, meghatározhatja saját szükségleteit. Függetlenség jellemzi, tehát képes önállóan is cselekedni váratlan helyzetekben. Célja az erőgyűjtés, hogy a kliens képes legyen magát otthon is ellátni a kórházi tartózkodás után.

Háromféle tanítási módozat ismeretes. A **paternalista** (atyáskodó) módszer esetén a hivatásos egészségügyi dolgozó hozza meg valamennyi döntést, ő határozza meg, hogy mit kell tudnia a betegnek, és azt is, hogy milyen módszerrel tanuljon. Meghatározza továbbá az oktatás időpontjait, valamint a résztvevők körét. Nem veszi figyelembe a kliens igényeit, ezért nem tanácsos alkalmazni. A **konzum** (fogyasztói) módozat esetén a szakember azt tanítja a betegnek, amit ő tudni szeretne, nincs tekintettel az oktató értékrendjére. A laikus nem tudja meghatározni, hogy az adott betegség esetén mi is a jó saját magának, feltétlenül kell a szakember segítsége a szükségletek meghatározásánál, ezért ezt a módszert sem tanácsos alkalmazni. A legjobb a **humanista** (emberséges) módszer alkalmazása. Itt partneri viszony alakul ki a páciens és az egészségügyi személyzet között. Figyelembe veszi a beteget, a családját és az oktatót is, amikor elhatározzák, hogy mit és hogyan tanuljanak. Az oktató együttműködik a beteggel és a családdal.

Betegoktatás megkezdése előtt meg kell győződni róla, hogy van-e a kliensnek fájdalma. Amennyiben igen, úgy elsődleges teendő annak csillapítása!

Az oktatást mindig a szükségletek felmérésével kell kezdeni. A tervezés előtt tájékozódni kell, hogy a beteg mennyire hajlandó tanulni, mennyit tud már a szóban forgó kérdéstről, és hogyan szeretne tanulni (pl. van olyan beteg, aki kifejezetten az egyéni foglalkozást igényli, mások csoportban tanulnak szívesebben). Együtt kell megszabni az oktatás célját is, így mindketten tudni fogják, hogy mit kell elsajátítani, oktatni. Gondoskodni kell nyugodt, elkülönített helyről, illetve tanulást segítő eszközökről (pl. képek, makettek). Az oktatás élményszerű legyen, ez elérhető változatos módszerek, eszközök alkalmazásával. Egyszerű szavak, mondatok alkalmazása célszerű a jobb megértés végett. A klienst bátorítani kell kérdések feltevésére. Az oktatás ütemét (mikor, mennyi időt) meg kell tervezni. Ehhez szükséges tudni, hogy a kliens előre láthatólag mennyi időt fog az intézményben tartózkodni (egy alkalommal maximum 20 percet lehet a beteggel tölteni). Egyszerre ne túl sok ismeretet közöljünk, igazodni kell a beteg tanulási üteméhez. Amennyiben lehetséges, a hozzátartozókat is be kell vonni! Az ismeretekben történő előrehaladás mennyiségét mindig meg kell beszélni, és össze kell foglalni a tanítottakat, és visszajelzést kell kérni a betegtől. Az intézményből távozó beteget tájékoztassuk, hogy miként kaphat utógondozást, illetve hová fordulhat kérdéseivel.

A betegoktatás sikerességéhez ismerni kell még a **páciensek tájékoztatásának alapelveit** is. A betegek a foglalkozás elején elhangzottakra emlékeznek inkább, ezért a fontos dolgokat akkor kell közölni. A fontos pontokat meg kell ismételni, ki kell emelni (pl.: „*A legfontosabb dolog...*”). Személyre szabott, pontos tanácsok szükségesek (pl.: „*Javaslom, fogyjon le 2,5 kg-ot a következő hónapban.*”) Az információt kategóriákba kell rendezni, először a címszavakat kell ismertetni, utána az anyagot. Kerülni kell a szaknyelv, a hosszú kifejezések és a körmondatok használatát. Használhatunk vizuális segédeszközöket (pl. kép, makett), szórólapokat, vázlatokat. Az oktatás során a betegek csak 3-4 szempontra tudnak figyelni, ezért ennél többet nem tanácsos közölni. A klientsől visszajelzést kell kérni, ezzel tudjuk megállapítani, hogy megértette-e az elmondottakat. A tanácsoknak mindig a beteg körülményeinek megfelelőnek kell lennie!

Utolsó lépésként fontos tisztázni, hogy milyen **tulajdonságokra** van szükségünk ahhoz, hogy hatékony betegoktatók legyünk. Először is szükséges hozzá a megfelelő tárgyismeret, az adott szakterületen való jártasság. Alapvető fontosságú az empátia és a törődés megléte. Feltétel nélkül, pozitívan kell viszonyulni a ránk bízott betegekhez (minden ember egyenlő!), és jó kommunikációs készséggel kell rendelkezni.

Felhasznált irodalom

1. Cseri L. (2006): Az ápoló oktató funkciója a gyakorlatban. *Nővér Praxis*, 6 (2): 15–16.
2. Elekes A.: *Pedagógia – Egészségpedagógia*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 1999. p. 118–129.
3. Ewles L., Simnett I.: *Egészségfejlesztés – Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2013. p. 335–357.
4. Hidvégi T. (2005): A páciens edukáció elmélete és gyakorlata. *Diabetológia Hungarica*, 12 (3): 164.
5. Németh K., Dér A., Karamánné PA. (2006): Az ápoló, mint egészségfejlesztő. *Nővér*, 19 (1): 19–27.
6. Potter PA., Perry AG.: *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. Tanítás és tanulás. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 244–263.

Hrabovszki Antalné: Csontritkulás, a „néma járvány”

Hrabovszki Antalné fizioterápiás szakasszisztens, Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely – Makó

„A csontritkulás akkor lép fel, amikor a szervezet nem képes elég új csontszövetet termelni, illetve amikor túl sok régi csontszövetet szív fel. Az egészséges csontban akkor következik be az újjáépülés, amikor a csontlebontó sejtek szétrágják a csontszövetet, majd a csontképző sejtek betöltik az így keletkezett lyukakat.”

A testnek kalciumra és foszfátra van szüksége ahhoz, hogy a csontok fiatal korban megerősödhesse. Ha a szervezet nem jut elég kalciumhoz, illetve nem képes elegendő kalciumot felvenni a táplálékból, csontképzési problémák merülhetnek fel, csontok üregessé

válhatnak, így könnyebben törnek. A csontritkulásos betegeknek a csonttörés gyakran már kis nyomás hatására is bekövetkezhet. Nők esetében gyakoribb betegség, a kor előre haladásával fokozatosan alakul ki.

Osteoporózisnak nevezzük a csontok tömegének és mésztartalmának csökkenését, amely fokozott törékenységgel, a kóros és spontán törések kockázatának fokozódásával jár. A betegség neve is azt jelenti: porózus, lyukacsos, üreges csont. Ha a csontépítő sejtek (osteoblastok) és a csontlebontást végző sejtek (osteoklastok) működésének egyensúlya megbomlik, akkor nagyobb mértékű csontvesztés következik be, és csontritkulás alakulhat ki.

A felnőttkori csontszövet megfelelő szerkezetét, tartását a csontképzési és csontbontási folyamatok összehangolt működése biztosítja. A csonttömeg az életkortól függően változik, fiatal korban a csont tömegét növelő építő folyamatok vannak túlsúlyban, ezért ekkor nagyon fontos a megfelelő táplálkozás, azon belül pedig az elegendő kalciumellátás. Később az arány megfordul, a lebontó folyamatok kerülnek túlsúlyba. A csontszövet állománya 25-30 éves korig gyarapszik, majd tömege fogyni, gyengülni kezd. Az élettanilag normális csontvesztés ekkor mintegy évi 3-5%. A pubertáskortól kezdve a csontszövetben zajló folyamatokban meghatározó szerephez jutnak a nemi hormonok. Nélkülük nem tudna kialakulni, majd 20 és 40 éves kor között megmaradni az optimális csonttömeg. Úgy tűnik, hogy a nemi hormonok ahhoz a többlet-hozzájárulnak a csontokhoz, amely az utódok létrehozásához és felneveléséhez szükséges. A csont tartalékaiból tud juttatni az anya a magzatnak terhesség és szoptatás idején, ha a szükség úgy hozza, hogy a táplálék nem fedezi a baba kalcium- és egyéb ásványi anyag szükségletét.

A férfiaknál a csonttömeg többlet az izomtöbbséggel együtt a testi erőhöz szükséges, amely a párválasztásban és utódgondozásban ad a férfinak jobb esélyeket. A maximálisan elérhető csonttömeget 80%-ban genetikai tényezők szabják meg. A sovány, törékeny testalkatú, különösen az 50 kg alatti emberek csonttömege fiatal koruktól kezdve eleve kisebb. Általában a világos bőrű hölgyek tekinthetők a legveszélyeztetettebbeknek. Az egyenes ági rokonok között idős korban előforduló csontritkulás figyelmeztető jel lehet.

A tejfehérje- vagy tejcukor-érzékenység is szerepet játszik a csontritkulásban, mert a tejjel az egyik legfontosabb kalciumforrástól esik el az ember. Az életmódbeli tényezők a kalciumfelszívódást gátolva vagy éppen a kiválasztást fokozva fosztják meg a szervezetet a szükséges kalciumtól. A szervezettől sok kalciumot von meg a cigaretta, a túl sok alkohol vagy a kávé. Manapság sokkal több alumíniumot veszünk föl, mint korábban. A dobozos üdítőkben hatszor annyi van a csontlebontást fokozó elemből, mint az üveges italokban. A túl magas foszfáttartalmú ételek, szénsavas üdítőitalok (kóla) szintén csökkentik a csonttömeget. A veszélyeztetettséget növeli a D3-vitamin hiánya, amely nélkülözhetetlen a kalcium felszívódásához, hasznosulásához. A helytelen és túlzott, egyoldalú fogyókúrák sem kedveznek a csontoknak, ezért ügyelni kell a kiegyensúlyozott kalcium-, nyomelem- és vitaminbevitelre. A csontritkulásért felelős az ülő, rendszeres testmozgás nélküli életmód is. Az egészségtelen életmód miatt a fiatalok korosztályában is csökkent az elért maximális csonttömeg, így ők is egyre veszélyeztetettebbek. A környezeti tényezők között a légköri ólomszennyezést és többlet-kadmiumfelvételt (cigarettafüst) meg kell említeni. A férfiak szervezete nagyobb csúcs-csonttömeget képez, és az életkorral összefüggő csontvesztés csak 60-65 éves korban kezdődik, ezért a férfiak körében a betegség ritkább, mint a nőknél.

Veszélyeztetettek egyes egészségi problémával küszködők, például a pajzsmirigy-túltengésben szenvedők, illetve azok, akik pajzsmirigy-betegség miatt gyógyszeres kezelésben részesülnek. Ugyancsak veszélyeztetettek a kortizon-készítményeket, szteroid gyulladásgátlókat használók, a kemoterápián átesők, az idült gyomor-bél betegségek következtében kialakuló felszívódási zavarokkal élők, azok, akiknek a veseköve a fokozott kalcium-kiválasztás miatt képződött.

Egyszerű gerincrontgen-vizsgálattal is jól felismerhetők a csigolyák kompressziós törései, aminek következtében egyes csigolyák ék alakúvá válnak, a hát görbületei fokozódnak. Kellően képzett szakember egyszerű felvételen is meglátja a csonttritkulás jeleit.

Laboratóriumi, vér- és vizeletvizsgálatokat főként a csontanyagcsere-betegségek elkülönítő diagnózisában alkalmazzák a másodlagos csonttritkulások kizárására.

Fontos a női cikluszavarok és a női változókor hormonokkal történő gondozása. Ismeretes, hogy az ösztrogénhiány pótlása megállítja, illetve lassítja a változókori csontvesztést. A változókori hormonpótlást (HRT=hormone replacement therapy) azonban az osteoporózis kezelésére a szív- és érrendszeri betegségek megnövekedő kockázata és az emlőrák előfordulási kockázatát enyhén növelő hatása miatt nem javasolják.

Szükség lehet a hasnyálmirigyben termelődő kalcitonin adagolására is, amely egy pajzsmirigyhormonon keresztül a csontbontó sejtek működésének gátlása révén kalcium-anyagcserét befolyásolja. Sajnos a kalcitonin viszonylag gyorsan (2-3 év alatt) elveszíti hatékonyságát, ezért csak indokolt esetben szabad alkalmazni.

A **kezelések** között központi szerepe van a mozgásterápiának, amivel a csonttömegvesztést mérsékelhetjük. A rendszeres, az életkornak és egészségi állapotnak megfelelő testmozgás nem veszélyezteti a csontokat, viszont javítja az általános erőnlétet és a közérzetet. A mozgásterápia csökkenti a fájdalmat, megelőzi vagy helyreállítja a gerinc formájának kóros elváltozásait, javítja a tartást, sőt az egyensúlyérzékletet is. A hatékonyság kulcsa a rendszeresség. A fájdalom, izomfájdalmak enyhítésére különböző elektromos kezeléseket, jégpakolást, masszázst alkalmaznak.

A szervezet napi kalciumszükséglete a különböző életkorokban eltérő. Átlagosan legalább 500-600 mg naponta, bizonyos állapotok (várandósság, szoptatás, eredendően kicsi csonttömeg stb.) esetében azonban többre, 1000-1500 mg-ra is szükség van. A kalciumdús ételeket ajánlatos a déli, délutáni és esti étkezéssel elfogyasztani, a kalciumpótlást is lefekvés előtt bevenni, mert a csontátépülés napi ritmusa miatt az este elfogyasztott kalcium sokkal jobban hasznosul. Az ajánlottnál lényegesen nagyobb és tartós kalciumbevitel vesekőképződést eredményezhet, továbbá más ásványi anyagok felszívódását is megzavarhatja.

A csonttritkulás **gyógyításához** napi 1,5 gramm kalcium, 600 mg magnézium, 25-50 mg mangán bevitelét javasolt. A szervezet kiegyensúlyozott kalciumháztartásához és csontanyagcseréjéhez fontos ásványi anyagok a fluorid, a magnézium, a réz, a mangán, a stroncium is. A D-vitamin az aktív kalciumfelszíváshoz szükséges. Ha nem áll rendelkezésre elegendő mennyiségben, a kalciumpótlás kevésbé hatékony. Az osteoporózis megelőzéséhez D-vitaminból napi 200-400 nemzetközi egység (NE), 25-50 mg fogyasztása ajánlott. A B6-vitamin szintén szükséges az egészséges csont- és porcállomány megőrzéséhez, a törések gyors gyógyulásához. A C-vitamin hiánya a csontok kollagénállományát károsítja, C-vitaminból napi 500 mg felvétele javasolt.

A csonttrikulás elsődleges **megelőzése** már gyermekkorban elkezdődik a megfelelő táplálkozásra, rendszeres testmozgásra neveléssel, mellyel elérhető a csúcs csonttömeg.

Fontos a rendszeres kalciumfogyasztás, a D-vitamin-felvétel, a dohányzás mellőzése, a mérsékelt koffein- és alkoholfogyasztás. Későbbi életkorban is fontos a rendszeres testmozgás.

Nőknél a változókori csonttrikulást kezelni szükséges, illetve a veszélyeztető tényezők korai felismerésére kell törekedni.

A betegség folyamatának lassítását jelenti a megfelelő kezelési módok alkalmazása, az életmód megváltoztatása. A csonttörések bekövetkeztekor a betegség már kialakult, a csonttömeget nem lehet visszaállítani, ilyenkor a cél a további csonttömegvesztés megakadályozása. A hatékony osteoporózis-ellenes terápia legfeljebb 5%-kal tudja növelni a teljes csonttömeget.

Felhasznált irodalom

1. Diricziné Barna Gy.: Elméleti és gyakorlati fizioterápia. KADIX Press Kft. Budapest, 2010.

Irinyi Tamás: A szakdolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban

Irinyi Tamás egyetemi okleveles ápoló, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

Az emberi faj, értelmének kifejlődése óta sok-sok egyede küszködik pszichiátriai betegségekkel. Természetesen e betegségek hatása nem csak a betegeket, hanem családjukat, környezetüket, tágabb értelemben az egész társadalmat érinti. A társadalom az elmebetegeket évszázadokon keresztül kirekesztette, perifériára szorította. Ennek, valamint az elégtelen gyógymódoknak köszönhetően az elmebetegek életútja a börtönökbe, szegényházakba, illetve a XIX. századtól zárt pszichiátriai osztályokra vezetett, ahonnan nemigen volt visszaút. A társadalom szemléletváltozásának, valamint a korszerű gyógymódoknak köszönhetően a XX. század második felétől nyílt meg valójában a lehetősége annak, hogy az eddigi egyirányú út kétirányúvá váljék.

Sajnos most a XXI. század elején is rengeteg még a tennivaló, hogy a lelki betegek állapotrosszabbodása esetén ne a berögzült eddigi gyakorlat valósuljon meg, azaz ha probléma van, akkor irány az elmeosztály, hanem otthoni környezetben kapjon megfelelő kezelést a beteg. Természetesen az lenne az ideális, ha nem következne be állapotrosszabbodás, tehát megelőzhetővé válna a betegség kiújulása. 11 éve dolgozom elmeosztályon, és tapasztalatom szerint aki már egyszer pszichiátriai osztályra került, azok nagy százaléka előbb utóbb újra visszatér. Felvetődhet a kérdés, hogy a rengeteg új és korszerű gyógymód ellenére a páciensek miért esnek vissza rendszeresen?

Vizsgálatomban arra kerestem a választ, mik azok a társadalmi, családi, egzisztenciális, orvosi kezelésből eredő okok, amelyek arra vezetnek, hogy a páciens újra akut elmeosztályon kell ápolni. Ha megtaláljuk az okokat, akkor remélhetőleg a visszaesést is meg lehet majd előzni, illetve szembesülhetünk a munkánkban elkövetett hibákkal.

A felmérés helye, ideje és a minta kiválasztásának körülményei:

Felmérésemet a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikáján végeztem 8 hónapos időintervallumban. A vizsgált időszak alatt 897 beteg feküdt a klinikán, ebből 511-et már legalább egyszer kezeltek elmeosztályon. A vizsgálat alanyai ezek a visszaeső kliensek voltak. A pácienseket bekerülésüket követő 5-7. napon kereste meg a kérdezőbiztos, és egy 21 kérdésből álló kérdőívet töltött ki a betegek segítségével. Természetesen a páciensek egy része nem volt olyan állapotban, hogy tőle informatív válaszokat kaphattak volna. Ilyen esetekben, ha állapotjavulás nem volt várható, az információkat egyéb forrásokból (orvosi dokumentáció, ápolási dokumentáció, közeli hozzátartozó, kezelőorvos) szerezték be. A kérdőív kitöltésénél az együttműködő betegeknél is figyelembe vették az előbb említett információforrásokat. Az elégtelen információ tartalma miatt, mindössze 48 esetben volt feldolgozhatatlan a kérdőív.

Részletes elemzés:

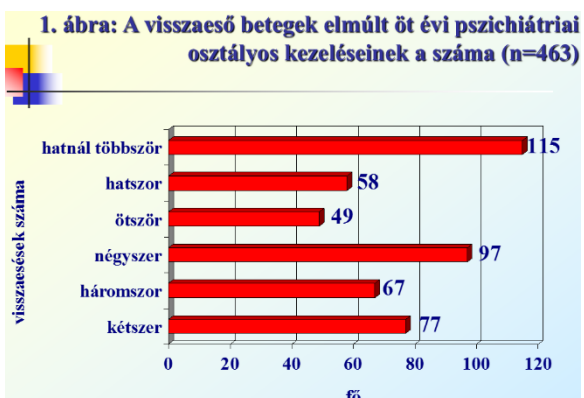
A munkám során szerzett tapasztalataim alapján az alábbi hipotézist állítottam fel:

Az ápolói munkánk végzése során lehetőségünk van csökkenteni a betegek visszaesésének valószínűségét.

Tisztázni szerettem volna mindenek előtt, hogy a páciensek állapotrosszabbodásának melyek az okai, és ezek feltárására kutatásom segítségével az alábbi feltételezések bizonyítását kíséreltem meg:

1. Az átlagon aluli jövedelemmel rendelkezők visszaesési rátája magasabb.
2. A nem aktív keresők között gyakoribb az állapotrosszabbodás.
3. A beteg családjától nem kapja meg a megfelelő támogatást.
4. A konfliktusokat a páciens nem tudja megfelelően kezelni, és az emiatt felgyülemelő frusztráció, szorongás idézi elő állapotrosszabbodását.
5. Betegségéről, a kezelésről és a szedett gyógyszerekről nincs kellő ismerete, és ezeknek az ismereteknek hiánya elősegíti a betegség kiújulását.
6. A betegek otthonukban nem az előírtaknak megfelelően szedik gyógyszereiket, és emiatt gyors állapotrosszabbodás következik be.

Először megvizsgáltam, hogy a visszaesések gyakorisága milyen mértékű az elmúlt öt évre visszamenően. **(1. ábra)** Az adatokból kitűnik, hogy a többszöri visszaesés igen gyakori. Volt olyan páciens, akit öt év alatt tizenegyszer kellett hospitalizálni. Ez a kezeléseket hatékonyságát kérdőjelezheti meg. Mivel az átlagos ápolási idő a klinikán nem éri el a 13 napot, mutatja, hogy a kezeléseket követően hamar rendeződik a betegek állapota, tehát a gyógyító eljárások hatékonyak. A visszaesések okát nem a terápiák elégtelenségében kell keresni.



A pszichiátriai betegségek kialakulásában, előrehaladásában és kiújulásában a tapasztalatok azt mutatják, hogy a rossz szociális körülmény nagyon fontos tényező. Felmérésem némileg ellentmond ennek a megállapításomnak, hiszen a megkérdezettek 53%-a – állítása szerint – átlagos anyagi helyzettel rendelkezik. Ha viszont megnézzük a gazdaságban betöltött szerepüket, azt látjuk, hogy a vizsgált személyek közül mindössze 59 fő (12,7%) volt

aktív kereső. A legnagyobb létszámot 225 fő (48,6%) a rokkantnyugdíjasok tették ki. Ez az adat sok mindenre felhívja a figyelmet.

A pszichiátriai betegek a munkaerőpiacon hátrányos helyzetben vannak. Hamar elvesztik az állásukat, és nehezen vagy egyáltalán nem jutnak munkához. Az utóbbi 10 évben szinte teljesen eltűntek a védett munkahelyek, ahol a csökkent munkaképességű emberek dolgozhattak. Ezek az emberek rendszeres jövedelemre szinte csak úgy számíthatnak, ha a betegserepüket nem adják fel, és rokkanttá válnak. Sok esetben évente kell „bizonyítaniuk”, hogy betegek, így tudatosan, illetve tudattalanul újabb és újabb kórházi kezelést kell kieszközölniük. E megállapítást alátámasztja, hogy az osztályon fekvő rokkantnyugdíjasok 34%-a 3 hónapon belül orvosi felülvizsgálatra megy. Emiatt a tüneteiket fenn kell tartani, hiszen a megélhetésük múlik ezen. A munkaerőpiacról való kiszorulásukat az is fokozza, hogy a társadalomba az elmebetegekkel szembeni előítélet mélyen beleivódott.

A felmérésből az derült ki, hogy a betegek iránt a társadalom nagy része félelmekkel, előítéletekkel viseltetik. A kliensek számos megjegyzést fűztek a kérdőív ezen pontjához Pl.: „A társadalom kiközösít, levegőnek néz!” „Sokan nem ismerik el, hogy létezik ilyen betegség és kezelni lehet!” „Magunkra maradunk!” stb. A munkahelyek nem szívesen alkalmazzák a pszichiátriát megjárta embereket, tehát számukra marad a rokkantság.

A vizsgált személyek anyagi helyzetéből egyenesen következik, hogy számukra a gyógyszerek kiváltása gondot okoz. A felmérés alanyainak fele nyilatkozott úgy, hogy nehézségek árán tudja csak gyógyszereit kifizetni. Ez az arány azért is kedvezőtlen jelenség, mert az orvosok minden esetben figyelembe veszik a páciens anyagi körülményeit és a gyógyszerek beállításának szakmai szempontjai mellett legfontosabbá vált a kiválthatóságuk, az árak. A pácienseknek tehát sok esetben még ezen aspektus alapján felírt gyógyszerek is drágák.

A vártnál sokkal rosszabb eredmény született a betegek otthoni gyógyszereszedése kapcsán. Mindössze 41%-uk szedte az előírtaknak megfelelően. 15%-uk többet, mint az előírt, 46%-uk pedig kevesebbet, rendszertelenül, illetve fokozatosan csökkentett adagban. Felmerül a kérdés, hogy mi az oka a helytelen gyógyszereszedésnek?

A gyógyszerek mellékhatásai nem magyarázzák ezt a problémát. A vizsgálatban résztvevők 70%-ánál gyakorlatilag nem jelentkeztek mellékhatások. A helytelen compliance egyik fő oka a gyógyszerek drágasága, illetve a rossz szociális helyzet. Emellett nagy szerepe van a betegek családi támogatottságának, illetve a támogatás hiányának. Sok páciens a saját gyógyszerének az előírtak szerinti szedésére sem képes. Ilyen esetben a család támogató együttműködése nélkülözhetetlen lenne. A megkérdezettek 33%-a nyilatkozott úgy, hogy megfelelő támogatást kap családjá részéről. 27%-nál elfogadják betegségüket, de igazán nem kapnak támogatást. 15%-uk úgy érzi, hogy elutasítják, illetve közömbösek iránta. A helytelen gyógyszereszedés következtében történő visszaesés egyik oka tehát a család támogatásának hiánya.

A másik fő ok, hogy a kórházi kezelés során nem alakult ki helyes compliance. Nem tudatosult a páciensben a gyógyszer pontatlan szedésének következménye.

Nincs elég információja betegségéről, a terápiáról. Nem kapja meg a megfelelő tájékoztatást az orvostól, illetve az ápolótól. 47%-a a megkérdezetteknek úgy érzi, hogy nincs kellő információ birtokában betegségéről és a kezelésről. Ennek közvetlen következménye

lehet a helytelen gyógyszeresedés. A vizsgálatból kiderül, hogy az információkat döntően (68%-ban) a páciensek az orvosuktól kapják. Tehát a legnagyobb felelősség is az orvosok vállán nyugszik. Az ápolók felelősége sem elhanyagolható, hiszen a megkérdezettek majd 20%-a nyilatkozott úgy, hogy az információkat betegségükről tőlük kapják meg.

A pszichiátriai betegeknek konfliktusfeldolgozó képessége az átlagpopulációhoz viszonyítva rosszabb. A felgyülemelő konfliktusokkal gyakran nem tudnak mit kezdeni, és az emiatti frusztráció, szorongás hozzájárul betegségük tünetének újbóli megjelenéséhez. A vizsgált páciensek 67%-a nyilatkozott úgy, hogy környezetével fennálló feldolgozatlan konfliktusa járult hozzá állapotrosszabbodásához. Ezen adat validitása megítéléséhez azt is figyelembe kell venni, hogy nem lehet igazán eldönteni, mi volt az ok és az okozat. A konfliktus következtében alakult ki az állapotrosszabbodás, vagy az állapotrosszabbodást követően alakult ki a páciens és a környezete közötti konfliktus. Ennek az eldöntéséhez külön felmérésre lenne szükség. Megfelelő kommunikációs stratégiák megtanításával – a páciensek és hozzátartozóik számára – a visszaesések egy része minden bizonnyal elkerülhetővé válna.

A konfliktusok és problémák kezelésébe, megoldásába a megkérdezettek 51%-a a közeli családtagokat, 19%-az egészségügyi dolgozókat hívná segítségül. Mindössze 10%-uk nyilatkozott úgy, hogy nincs senki, akivel a gondjait meg tudná beszélni. Ennek az aránynak, miszerint 90%-uk gondjait meg tudja beszélni, ellentmond, hogy a felmérésben részt vettek közül 53%-nak volt már öngyilkossági kísérlete. Ez az elszomorító adat azt mutatja, hogy a páciensek problémamegoldó képessége rossz, és igazán magukra maradnak gondjaikkal, és környezetüktől sem kapják meg a megfelelő támogatást.

Akut elmeosztályon történő kezelés megelőzhető volna, ha a páciens a tünetek jelentkezésekor felkeresné kezelőorvosát. A kutatásból kitűnik, hogy noha a betegek állapota fokozatosan rosszabbodott, a tünetek megjelenésekor, illetve erősödésekor mégsem keresték fel a kezelőorvosukat, csak akkor, amikor, betegség már elhatalmasodott.

Ideillik az a régi latin mondás:

„Principiis obstat! Sero medicina paratur cum mala per longas convaluere moras!”

Magyarul: Kezdetben állj ellen! Későn készül az orvosság, amikor a betegség a hosszú halogatás miatt már elhatalmasodott!

Ez talán az előítéleteknek is köszönhető, amelyek a pszichiátriával szemben sajnos még fennállnak. Azt viszont érdemes megemlíteni a kép teljessé tételéhez, hogy a mai egészségügyi finanszírozás arra készíti az orvosokat, hogy minél több beteget lássanak el az osztályokon. Ezért előadódhat, hogy még olyan pácienseket is felvesznek az osztályokra, akiket ambulánsan is el lehetne látni.

A vizsgálat adatait összegezve elmondhatom, hogy az ápolók a pszichiátriai betegek visszaesésének gyakoriságát kedvezően befolyásolhatják a következők szerint:

- A páciensek helyes gyógyszeresedési szokásainak kialakításában részt vehetnek megfelelő információ átadásával. A gyógyszerekkel szembeni félelmet csökkenthetik a betegben, és tudatosíthatják bennük a helytelen gyógyszeresedés következményeit.
- Segíthetnek a pácienseknek abban, hogy megtanuljanak betegségükkel együtt élni, elfogadják betegségüket mind ők, mind pedig családjuk.

- Az integrált pszichiátriai ellátás térhódításával (amelynek fontos eleme az ápoló) nagy lépést tehet a visszaesések megelőzésében. A pszichoedukáció alkalmazása során a betegek életviteli készségein javíthatnak, a hozzátartozókra alapozott stresszkezelést elősegíthetik, megfelelő gyógyszeresedési szokásokat alakíthatnak ki.

A betegek és családjaik oktatása-tanítása manapság elengedhetetlen követelménnyé válik a korszerű pszichiátriai ellátást nyújtó intézményekben. Ennek a kihívásnak azonban csak az igen jól képzett dolgozók felelhetnek meg. Remélem, a dolgozók szaktudását a társadalom a mainál sokkal jobban meg fogja becsülni, és ezzel még jobb munkára fogja ösztönözni őket-bennünket!

Farkas Rózsa: Lehetőségek a légzőszervi betegek egészségfejlesztésében

Farkas Rózsa diplomás ápoló, Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

Intézetünkben gyógykezelt krónikus légúti betegekkel kapcsolatos gyakorlati tapasztalataink motiválták minket vizsgálatunk elindításához. A légzőszervi betegségek közül kiragadtuk az asztmát és a COPD-t (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Ezen betegek szükségletei hasonlóak, gyógykezelésükben speciális inhalációs gyógyszerkészítményeket használnak. Vizsgáltuk légzőszervi betegeink tájékozottságát a belélegző gyógyszerkészítmények hatásairól és helyes használatáról. A vizsgált mintában a betegek közel fele (43%-a) nem ismerte a különbséget a készülékek gyógyszer tartalma és hatásmechanizmusa között, csak használja orvosa javaslatára, és akár többet is használnak egyszerre. Ezen gyógyszerek csak megfelelő használattal, ténylegesen a „kislégutakba” inhalálva fejtik ki a várt hatást, ennek eléréséhez a beteg együttműködésére és megfelelő tájékozottságára van szükség.

A kapott eredmények motiválták minket arra, hogy az egyéni betegoktatás mellett szervezett csoportos betegoktatást kezdjünk a krónikus légzőszervi betegek részére. Egyéni és/vagy csoportos betegoktatás során képpel illusztrált használati útmutatók, placebo tartalmú bemutató eszközök, és a belégzésáramlás-mérő segít a betegnek az ismeretek elsajátításában. Az inhalációs készülékek megfelelő használatának elsajátítását befolyásolja a beteg fogékonysága, compliance, kezűgyessége, képes-e a belégzés során megfelelő erő kifejtésre, ismerettel rendelkezik-e arról, hogy panaszmentes időszakban is szükséges az inhalációs gyógyszer használata.

A csoportos betegoktatás során, hogy a résztvevők magukra ismerjenek, ismertetjük a megbetegedés jellemzőit, tüneteit. A **COPD** lassú, progresszív betegség, első tüneteikor a légúti károsodás előrehaladott. Jellemzői: általában 5-6. évtized után alakul ki, a dohányzás és a betegség kialakulása között közvetlen ok-okozati összefüggés van, a légúti elzáródás nem vagy csak kismértékben visszafordítható. A tünetek állandóak: köhögés, köpetürítés, fizikai terhelésre jelentkező nehézlégzés, mellkasfeszülés. A kórlefolyás progresszív, a fizikai terhelhetőség csökkenésével inaktivitáshoz, rokkantsághoz vezet. A gyógyszeres terápiával csak a progresszió lassítható. Ezzel szemben az asztmás betegek megfelelő helyes gyógyszerhasználattal tünetmentesen élhetnek. Az **asztma** jellemzői: életkortól független, a kiváltó ok gyakran azonosítható, a légúti elzáródás visszafordítható (tünetek hörgőtágító használatakor megszűnnek). A tünetek roham alatt állnak fenn: nehézlégzés, mellkasfeszülés, köhögés, köpetürítés. A kórlefolyásra jellemző a hörgőnyálkahártya speciális gyulladása;

szöveti átépülése a gyógyszerrel megszüntethető, a tünetek kontrollálhatók. Ennek eléréséhez a beteg együttműködésére és megfelelő tájékozottságára van szükség, mert a gyógyszerek csak megfelelő használattal fejtik ki a várt hatást.

A krónikus légzőszervi betegeknek szükséges ismerniük az általuk használt inhalációs készítmények hatását, hogy melyiktől várhatják a tünetek enyhülését, és mely gyógyszerek segítenek a rohamok kialakulásának megelőzésében. Megismertetjük a betegekkel, hogy az általuk használt inhalációs készüléktől milyen hatást várjanak, rövid hatású hörgőtágítók vagy más néven rohamoldó szerek, hosszú hatású hörgőtágító, fenntartó kontrolláló szerek. A csoportos betegoktatás során a résztvevők aktívan bekapcsolódnak a beszélgetésbe, és egymással osztják meg tapasztalataikat, amikor a hirtelen jelentkező nehézlégzés esetén szükséges teendőkről van szó, rögzítésre kerül a beteg gyógyszerei közül, hogy ebben az esetben melyik készüléket szükséges használnia, emellett gyakorlásra kerül az ajakfékes légzés, melynek bizonyított szerepe van a nehézlégzés oldásában. Az előadás zárásaként, kompetenciahatárainkon belül válaszolunk a felmerülő kérdésekre.

Felhasznált irodalom

1. Csikós A., Gajdácsi J.: Az asthma bronchiale diagnosztikája és gyógyszeres kezelése felnőttkorban. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011. [http://site.oep.hu/prot20110512/34. Az asthma bronchiale diagnosztikajanak es kez eselenek finanszirozasi protokollja - hatteranyag.pdf](http://site.oep.hu/prot20110512/34. Az_asthma_bronchiale_diagnosztikajanak_es_kez_elesenek_finanszirozasi_protokollja_-_hatteranyag.pdf) Elérés ideje: 2011. 08.25.
2. Rónai Z. (2007): A krónikus obstruktív tüdőbetegség klinikai lefolyása a terápiás lehetőségek tükrében. AMEGA, 14 (3): 51–53.

Kendőzetlenül a halálról és a gyászról

Dr. Németh Anikó: A halállal kapcsolatos attitűdök és ezek változásai a történelem folyamán
Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ha az embereket megkérdezzük, hogy milyen a „jó halál”, többségük azt mondaná, hogy az, ami hirtelen következik be, nem okoz szenvedést, váratlan és gyors. Régen ez a felfogás teljesen elfogadhatatlan volt, ez volt a halál legszörnyűbb formája.

Philippe Ariés francia kultúrtörténész elmélete szerint a nyugati ember magatartása a halállal szemben a történelmi korok szerint változott. A halálkép négy fő szakaszát különítette el: „megszelídített halál”; „önmagunk halála”; „mások halála”; „tiltott halál”.

A **megszelídített halál** korszaka a korai középkortól a középkor végéig tartott. Lényeges jellemzői a figyelmeztetés és a nyilvánosság voltak. Az volt a „jó halál”, ami előreküldte a figyelmeztetését. Aki megérezte a halál közeledtét, lefeküdt, és betegágyában várta azt. A haldokló állt a középpontban, a búcsú rituáléját is ő irányította, megszervezte saját temetését. A 18. század végéig a halottakat a templomokban vagy azok környékén temették el (a települések közepén). Ha a temetkezési helyek megteltek, akkor összeszedték a csontokat, és

kolostorok folyosóin helyezték el őket (csonttárak). A sírok pontos helyét nem mindig jelölték meg, az élők nem félték a holtaktól, és nem imádkoztak sírjaiknál.

Az **önmagunk halála** korszaka a középkortól a 18. századig tartott. A halál egyre inkább személyes jelleget öltött. A halál az emberek életének csúcspontja, egy ember életének egy pillanata. A holttestet szemfedővel takarták le, faládjába (koporsó) zárták és felravatalozták.

A **másik halála** korszakában, a 18. század végétől száműzték a templomokból és templomkertekből a sírokat. A halottak az élők között, a városokban nem kaptak többé helyet. Ezt a döntést egészségügyi okokkal magyarázták, de valójában a halottaktól való félelem volt az oka. Az emberek végrendeleteikben óvintézkedéseket tettek, nehogy elevenen eltemessék őket (pl. szíven szúrás). A temetők távol kerültek a templomoktól a településeken kívülre, és körbekerítették azokat. Az élők vallásos tisztelettel viszonyultak halottaik sírjához.

A **tiltott halál** korszaka napjainkra jellemző. A halál észrevétlenül következik be, nem illik beszélni róla. A haldokló nem kezdeményez, a család gondoskodik róla, sokszor eltitkolva betegsége súlyosságát. Az emberek többsége kórházban hal meg, magányosan. A gyászolók nem fejezik ki fájdalmukat, „erősnek kell maradniuk”. Az erőszakos halál (baleset, gyilkosság) látványosságnak számít, arról még beszélnek is. Általános manapság a halál elfojtása, tagadása.

Szót kell még ejteni a **halálfélelem összetevőiről** is. A halálfélelem érzése kizárólag az emberre jellemző. Tudatában vagyunk annak, hogy az élet véges. A haláltudat pozitív hatással is lehet az emberi életre, mivel az élet megismételhetetlensége arra sarkallja az embereket, hogy maradandót alkossanak. Az emberi szorongások mélyén a halálfélelem található. Kórossá ez akkor válik, ha az egyén egész gondolatvilágát a halállal való foglalatosság tölti be. Ekkor már indokolt az orvosi segítség (pszichiáter).

A halálfélelemnek öt alaptípusa különböztethető meg:

1. Félelem a fájdalomtól – a fizikai test szenvedése.
2. Félelem az elválástól – elválás a társaktól és szerettektől.
3. Félelem a jelentőség elvesztésétől – a szeretet és fontosság elvesztése, hiánya.
4. Félelem az ismeretlentől – utazás az ismeretlenbe, gyakran az örök kárhozat és bűnhődés előérzetével.
5. Félelem a nem-léttől – önmegsemmisülés, vagy az egyéniség teljes eltűnése.

Magyarországon az egészségügyi dolgozók kevés ismerettel rendelkeznek a halállal, haldoklással kapcsolatban. Ismereteik hiányosságai, félelmeik, elhárításaik negatív hatással lehetnek a haldoklókkal való kapcsolatukra. Alapvető fontosságú a szemlélet formálása társadalmi szinten, és hogy az egészségügyi képzések részévé váljon a halállal, haldoklással és gyásszal kapcsolatos ismeretek elsajátítása.

Felhasznált irodalom

1. Aries P. (1977): A halál iránti attitűdjeink – a fejlődés főbb állomásai és értelmezése. *Mérleg*, 13 (4): p. 339–354 In: Pilling J. (szerk.): A halál és haldoklás kultúrantropológiája. SOTE, Budapest, 1999.
2. Békés V. (2003): A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 7 (1-2): p. 30–49.

3. Hegedűs K.: A hospice ellátás elmélete. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2006.
4. Lakner J.: Halál a századfordulón. MTA Történettudományi Intézete, Budapest, 1993.
5. Pilling J. (szerk.): A halál és a haldoklás kultúranropológiája. Szöveggyűjtemény. SOTE, Budapest, 1999.

Kojnok Tünde: Haldokló betegek ellátásának szellemisége

Kojnok Tünde intézetvezető főnővér, Szegedi Tudományegyetem Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika

A haldokló betegek ellátásával kapcsolatos szellemiség megváltoztatásának egyik úttörője **Cicely Mary Strode Saunders**, aki 1918. június 22-én született Észak-Londonban. Az oxfordi egyetemre járt, majd a II. világháború kezdetén ápolónőnek tanult. Később visszatért egyetemi tanulmányaihoz és szociális munkás lett. A modern hospice mozgalom megalapításának gondolata először 1948-ban merült fel benne, amikor munkája során mélyen megérintette a haldoklókkal való találkozás. Rádöbbsent: ahhoz, hogy valódi változásokat érthessen el, orvosná kell válnia. Harminchárom évesen kezdte orvosi tanulmányait, és 1957-ben vette át diplomáját. A Cicely Saunders által létrehozott első hospice szervezet, a londoni St. Christopher's Hospice 1967-ben nyitotta meg a kapuit. A Cicely Saunders által alapított mozgalom milliók számára változtatta meg a halált, 1980-ra a fájdalomcsillapítással, a betegek holisztikus – lelki, spirituális és szociális – támogatásával kapcsolatos alapelvei általános gyakorlattá váltak az egészségügyben, 1987-ben az általa képviselt tüneti ellátás bevonult az önállónak elismert orvosi szakterületek sorába.

Elisabeth Kübler-Ross 1926. július 8-án a svájci Zürichben született hármaskori ikrek egyikeként. 1958-ban feleségül ment egy orvostanhallgató társához, az amerikai Emanuel („Manny”) Rosshoz. Miután állapotos lett, a gyermekgyógyászati gyakorlathoz le kellett mondania, így pszichiátriai rezidensként folytatta tanulmányait. 1963-ban pszichiáter diplomát szerzett a Coloradói Egyetemen. Egy előadásorozatba kezdett a betegek közreműködésével, szembesítve az orvostanhallgatókat a haldokló emberekkel. Bestsellerré vált első könyve, az *On Death and Dying*, amely 1969-ben jelent meg, nemzetközileg ismertté tette. Ebben, a még ma is úttörőnek számító könyvében a haldoklás öt pszichológiai fázisát (elutasítás, düh, alku, depresszió, elfogadás) körvonalazta. Munkája óriási változást hozott az orvosi szakmában a haldokló betegekhez való viszonyulás tekintetében.

Polcz Elaine 1922. október 7-én született Kolozsváron. A második világháború szörnyűségeiből szabadulva pszichológia szakra iratkozik. Férje, Mészöly Miklós író, 1949-2001-ig. Felnőtt elmebetegekkel folytat művészeti terápiát, majd gyermek-ideggondozóban játékdiaosztikával foglalkozik, játékeszteket dolgoz ki a SOTE II. sz. Gyermekklinikáján. A beteg, haldokló gyermekek és hozzátartozóik pszichológusa. A Magyar Hospice Alapítvány elnöke. Alapozó fontosságú műveket publikál a gyerekek haláltudatáról. Tanatológiai, pszichológiai munkái kézikönyveknek számítanak. A Magyar Hospice Mozgalom megalapítása és elindulása az Ő nevéhez fűződik.

A halál az utóbbi 50-100 évben tabuvá vált. Ennek oka, hogy csökkent a vallás és vallási intézmények szerepe, a haldoklók kórházban halnak meg, a halál mechanikus

„eseményé” válik. A haldokló izolálódott, a szakemberek kerülnek a haldoklót, aki egyedül marad. Személytelenség is jellemző, melynek kapcsán megszűnnek a rítusok, a halottkultuszok. A hozzátartozók számára nincs adaptáció. Korábban a halál a világrend része volt. Az utóbbi évtizedek tömeges, erőszakos halálai a világrend hiányát jelentik. „Kommercializálódott” is, hiszen a halál, a gyilkosság látványa mindennapossá vált a médiában.

Számos kísérleti kezdeményezés volt arra vonatkozóan, hogy a **tabukat** mint akadályozó tényezőket megszüntessék az egészségügyben. Szomatikus ellátás van, a pszichoszomatikus szemlélet még nem terjedt el. Az orvoson és az ápolón kívül más szakembert nehezen fogadnak el az egészségügyben. Az orvosok magatartása paternalisztikus. Az egészségügyi képzésben kevés a halállal kapcsolatos oktatás. Nincs nyílt kommunikáció az egészségügyi személyzet és a súlyos betegek között. A beteg fájdalmát elégtelenül kezelik, hiányzik az egészségügyi személyzet pszichés támogatása. Az ápolók társadalmi és anyagi megbecsülése alacsony. A kórházi körülmények is akadályozzák az intimebb kapcsolat kialakítását és a megfelelő kommunikációt.

Magyarországon az egészségügyi dolgozók kevés ismerettel rendelkeznek a halállal, haldoklással kapcsolatban. Ismereteik hiányosságai, félelmeik, elhárításaik negatív hatással lehetnek a haldoklókkal való kapcsolatukra.

Alapvető fontosságú a szemlélet formálása társadalmi szinten. Az egészségügyi képzések részévé kell, hogy váljon a halállal, haldoklással és gyásszal kapcsolatos ismeretek elsajátítása.

A súlyos állapotban lévő és haldokló betegek **betegségtudata** nagymértékben különbözik az egyéb, nem halállal végződő betegségek magatartás-változásától. A betegek többsége tisztában van állapotával. A diagnózis közlése továbbra is az orvos feladata, de ha a beteg szeretne betegségéről beszélni valakinek, erre mindenképpen van lehetősége. Tapasztalatok szerint az egészségügyi személyzet tagjaival szívesebben osztja meg szorongásait, hiszen lehet, hogy éppen a család miatt szorong.

Félelmeik összetettek: félnek a szenvedéstől, a fájdalomtól, a kiszolgáltatottságtól, a haláltól, haldoklástól. Nincs tapasztalat arról, hogy mi lesz a halál bekövetkezése után, ezért az ismeretlentől való félelem is jelen van. Köztudott, hogy a betegeket külön kórterembe teszik az intézetekben, nem szívesen ápolják a szakdolgozók, mely már a kezdeti időben félelmet kelt.

A **veszteségekkel** való szembesülés nagymértékben rontja az önértékelésüket. Elveszik az önkontroll, önbecsülés, őszinte kommunikáció. Megváltoznak a szerepek, kapcsolatok, a külső megjelenés, a jövőkép.

Ahhoz, hogy az életminőséget javítani lehessen, az alapvető szükségletek kielégítését kell maximálisan elvégezni. A haldokló betegek számára a **higénia** elsődleges fontosságú. Egy kádban való fürdés, a hajmosás, a borotválás rendkívüli változást okoz a lelki állapotában is. A körmök levágása, akár illatos bőrápolók használata, a szájápolás jobb hangulatot idéz elő.

A betegek ágyban való elhelyezése során figyelni kell arra, hogy a **légutai** tiszták legyenek, minél megfelelőbb legyen az oxigenizáció.

Életük végső időszakában kevesebbet táplálkoznak. Kiváló termékek vannak, melyek kis mennyiségben képesek biztosítani a **megfelelő tápanyagokat** a betegek számára szájon

keresztül vagy akár parenterálisan. Természetesen ebben az időben már semmi sem tiltott, mindent ehet, ihat a beteg, amit megkíván.

Mivel **keveset mozog**, illetve az alapbetegsége miatt széklet-, vizeletürítési nehezítettsége is lehet, egyénileg kell alkalmazni a segédeszközöket (betéteket, szobavécét), valamint a táplálkozással is korrigálható pl. egy obstipáció.

A betegek bőre vékony, száraz, érzékeny. A kényelmi eszközökkel, mobilizálással, folyadékbevitellel, bőrápolással, száraz, ráncmentes ágyneművel az esetleges **decubitus** is megelőzhető.

Amennyiben kielégítésre kerültek az alapvető szükségletek, kiemelve a fájdalom csillapítását, nyugodt pihenést lehet ezáltal biztosítani a betegnek. Az **alvászavart** leggyakrabban a kényelmetlenség, a félelem vagy a fájdalom okozza. Ezek azonnali tüneti megoldása elengedhetetlen.

Állapottól függően a napi **mozgás** is az életük része akár aktív, akár már csak passzív módon. Közérzetjavításra, fájdalomcsillapításra **alternatív kezeléseket** is alkalmazhatunk.

A testi gondozás mellett a **lelki gondozás** és a **kommunikáció** is fontossággal bír. Az egészségügyi dolgozó figyeljen arra, hogy megfelelő körülmények legyenek a beszélgetéshez (hely, helyzet, idő). A túlzott aktivitás és irányító szerep helyett inkább türelem és odafigyelés. Sokszor elegendő csupán meghallgatni a haldoklót vagy a családtagját. Kerüljük a valótlanságot, „kegyes hazugságot”, a hamis reménykeltést. Figyeljük meg a beteg reakcióit, mérjük fel megküzdési képességeit. A reális reményeket erősíteni kell, elvégzendő feladatokat, melyeket még szeretne megcsinálni az életében, fel kell deríteni. A legfontosabb: biztosítsuk a beteget arról, hogy nem hagyjuk magára a problémáival. Információ közlésekor fontos kommunikációs módszer, hogy minél többször használjunk nyitott kérdéseket (a szorongása jobban feltárható). Ha a beteg nehéz kérdéseket tesz fel, hasznos lehet a visszakérdezés. Törekedjünk a fölösleges szakkifejezések elkerülésére.

A halál bekövetkezésekor biztosítsuk a család jelenlétét és kegyelettel végezzük el a halottellátást.

A **hospice szellemiségében** tehát a szeretetteljes ápolás, gondozás, a haldoklóval való együttélés áll. A haldokló minden esetben bevonásra kerül a közösségi életbe. Fontos és szükséges a speciális környezet kialakítása. Elengedhetetlen, hogy a középpontban a haldokló beteg álljon. Cél az élet minőségének javítása. Az életet mesterségesen rövidíteni, hosszabbítani nem szabad, A hospice szellemisége elutasítja és kizárja az eutanázia lehetőségét. Tiszteletben kell tartani a beteg személy emberi méltóságát és vallási hovatartozását. Mind a beteg mind a családtagok számára a legmagasabb színvonalú támaszt nyújtja a hospice ellátó team.

Felhasznált irodalom

1. Hegedűs K.: A hospice ellátás elmélete. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2006. p.117-138
2. Hegedűs K.: Halálközelben. A haldokló és a halál méltóságáért. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1996.
3. http://www.hospicehaz.hu/hospice_magyarorszagon.htm Elérés ideje: 2014.08.27.

Irinyi Tamás: A gyászreakciók jellemrajza

Irinyi Tamás egyetemi okleveles ápoló, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

Az emberiség története során számos írás foglalkozott a gyással, illetve hogy a gyász milyen emberi viselkedésben nyilvánult meg. Pl.: *„Akkor megragadá Dávid a maga ruháit és megszagatá, úgyszintén a többi emberek is, kik ő vele valának. És nagy zokogással sírának és böjtölének mind estvéig.”* (Sám 1,11-12) A Bibliában olvasható leírások szerint a gyász külső jegyei: a sírás-síratás, a ruha megszaggatása, zsákruha viselése, a haj lenyírása, mezítláb járás, por (hamu) szórása a fejre, böjtölés, a földön ülés hét napon át. Ha Magyarországon a 21. század elején valaki így viselkedne, mint a Bibliában olvasható, akkor valószínűleg pszichiátriára szállíthatná az aggódo rokonság. Feltehető akkor a kérdés, miszerint milyen a normális és milyen a kóros gyászreakció.

A gyász megjelenési formái elsősorban a kulturális környezettől, a hagyományoktól függenek. A gyásznak egyik formája sem tekinthető „normálisnak” vagy „kórosnak” a környezet figyelembevételével.

Sigmund Freud volt az első, aki megkülönböztette a normál és a patológiás gyászt a „Gyász és melankólia” című munkájában. A lelki egyensúlyvesztés egyik alapvető forrása az ember életében a veszteségélmény. A gyász valamilyen veszteség következtében létrejövő magatartási formák összessége.

Négy klinikai jellemzőt ír róla:

1. fájdalmas, nagyon mély csüggedés vagy levertség;
2. elvesztése annak a képességnek, mely lehetővé tenné, hogy egy új örömforrást el tudjon fogadni;
3. elfordulás azoktól a tevékenységektől, amelyek nincsenek kapcsolatban az elveszített személlyel;
4. az érdeklődés elvesztése a külső világgal szemben.

A mély fájdalom szomorúsághoz és egyéb lelki problémákhoz vezethet, amik nagyon hasonlítanak a klinikai depresszió képéhez. Éppen ezért Freud eleinte a gyászra alapozta az unipoláris depresszió pszichoanalitikus magyarázatát. Később rá kellett jönnie, hogy a hasonlóság ellenére a kóros gyásznak és a depresszióknak más a patomechanizmusa.

Különbséget jelent, hogy melankólia esetében sokkal súlyosabb az önleértékelés mértéke. Az önvádak az értéktelenség-, tehetetlenségérzésen alapulnak, és a személy úgy véli, morálisan elítélendő. *„Gyászban a világ üres, depresszióban az én üres.”* (Sigmund Freud)

Erich Lindemann fogalmazta meg először részletesen a gyász folyamatának jellemzőit „Az akut gyász tünettana és kezelése” című tanulmányában, ahol elsőként írta le a „gyázmunka” megnevezést. Lindemann úgy véli, hogy közvetlenül a krízis után megjelenő akut gyászreakció nem más, mint határozott pszichés és szomatikus tünetekkel együtt járó entitás. A szindróma lehet típusos, de atipikus is; késleltetett vagy túlzó formában is jelentkezhet, de el is maradhat. Felismerte, hogy a szeretett személlyel kapcsolatos veszteségre adott egyéni válaszok különböző formái a következők:

- normális gyászreakció;
- patológiás gyászreakció (elhúzódó érzelmi krízis);
- regresszív reakció (pl. öngyilkosság, mély depresszió).

A normál gyászmunka jellegzetességei:

Ez a folyamat érzelmi és kognitív síkon is zajlik. Lindemann szerint a sikere a gyászolás három összetevőjétől függ: kiszabadulás az elhunythoz fűződő kötelekből, továbbá egy új élethelyzetbe való hozzáigazodás, valamint új kapcsolat kiépítése. Szokványos jelenségei a következők:

- **Bűntudat jelenléte.** A gyászoló bizonyítékokat keres arra vonatkozóan, hogy mi az ő hibája a halálesettel kapcsolatban, mit csinált rosszul. Ezek a gondolatok kerülnek előtérbe, ezzel foglalkozik állandóan. Ennek fő forrása az elhunyttal szembeni ambivalens vagy ellenséges kapcsolat lehet.
- **Düh, ellenséges reakció.** Létrejöhethet a gyászolás fájdalma miatt, a magányosság és a segítség nélkül maradás érzése miatt. Néha ez a düh a halottról áthelyeződik bármi vagy bárki felé (az orvosra vagy akár az egész világra).
- **Tagadás.** Sokszor ez az első reakció a halál tényére. Legtöbbször rövid idő után a gyászolás folyamata követi.
- **Emancipáltság.** Ez a felszabadultság-érzés olyan esetekben jelentkezik, amikor a gyászoló a haláleset miatt újra szabadnak érzi magát.
- **Segítség nélküliség átélése.** Az elhunyt hozzátartozója képtelen átélni a fájdalmas állapotot, és nem érzi képesnek magát arra, hogy az elvesztett személy nélkül folytassa az életet tovább.
- **Megkönnyebbülés.** Ezzel a jelenséggel általában hosszan tartó betegség utáni halált követően találkozhat a gyászoló. Az elhunyt sem szenved már tovább, és neki is könnyebb lett az élete.
- **Szorongás.** Keletkezhet az egyedüllét miatt, valamint a rokonokkal megváltozó kapcsolatok is okozhatják.
- **Érzelem nélküliség.** Ez a jelenség normális esetben rövid ideig tart, a gyászoló csupán megpróbálja elhalasztani a fájdalmas gyászmunkát.
- **Régi megoldatlan konfliktusok újraaktivizálódása.** Sok esetben látni lehet, a veszteségérzet miatt alakul ki.

Számos más tünet is felléphet ezeken kívül, amelyek a normális gyászfolyamat klinikai képéhez tartoznak. Ilyenek egyes szomatikus panaszok, melyek közül a leggyakoribb a torokszorítás érzése, a nehéz légzés, a rossz közérzet és a fizikai nyugtalanság (céltalan, ide-oda mászkálás).

A normál gyászreakció lefolyása:

1. **Anticipációs vagy megelőző gyász**

Különböző életveszélyes helyzetekben (háború), vagy halálos betegek kapcsán a hozzátartozók már előre foglalkoznak az esetleges halál tényével. Ez sokszor könnyítheti a fájdalom elviselését, de előfordulhat, hogy a rövid idő alatt kialakított mély kapcsolat csak nehezíti a gyász feldolgozását.

2. **Sokk**

A halál hírére sok esetben az első reakció a hitetlenség és lesújtottság. Gyakori az ilyenkor adott „nem hiszem el” válasz. A teljes vagy részleges emocionális bénultság, az érzelmi reakciókra való képtelenség jellemzi. Funkciója a késleltetés, az ember így

igyekszik fokozatosan magához engedni a megrázkódtatást. A sokk szakasza néhány perctől akár 1-2 napig is tarthat. A legjobb segítség az, ha a környezet igyekszik külső nyugalmat biztosítani a sokk oldódásához.

3. *Kontrollált szakasz*

Ekkor tudatosul a hozzátartozóban, hogy a halálesettel kapcsolatban rengeteg a feladata. A hivatalos és egyéb intéznivalók egyrészt nagy megpróbáltatást jelentenek, másrészt a különböző tevékenységek elterelhetik a figyelmet a halott személyéről. Ebben a szakaszban erős önkontroll figyelhető meg, ami sok esetben a temetés után megszűnik. A gyász feldolgozása szempontjából nagyon fontos a temetésen való részvétel, hiszen a temetési rítus segítségével külső keretek között van lehetőség lezárni a sokk szakaszát, és elbúcsúzni az elhunyttól. A rítus lehetővé teszi az érzelmek kimutatását, amihez elválaszthatatlanul hozzátartozik a sírás.

4. *Tudatosulás*

A temetés utáni időszak a gyász legnehezebb időszaka. Míg korábban a tennivalók feladatokkal látták el a gyászolót, addig ezután csak az elhunyt hiányával való szembesülés marad. Az érzelmek és a gondolkodás is kavalkádszerűen nyilvánulhatnak meg. A hozzátartozó magatartására és másokkal fenntartott kapcsolataira is sok esetben ambivalencia jellemző. A gyász kezdeti időszakában gyakran jelennek meg testi tünetek is (torokszorítás, fulladásérzet, légszomj, gyengeségérzet stb.).

5. *Átdolgozás*

Az eddigi fájdalmas emlékek után egyre több lesz a szép emlék is. A csapongó gondolatok helyét pedig egyre inkább a tudatosság váltja fel. A gyászoló gondolatainak középpontjában ugyan még mindig az elhunyt áll, a tünetek intenzitása csökken. A tudatosulás és átdolgozás időszaka általában hónapokig is eltart. Az évfordulók (születésnap, névnap), ünnepek azonban újra felerősíthetik a negatív érzelmeket.

6. *Adaptáció*

Az adaptációs szakasz jellemzője, hogy a korábbi befelé fordulás mellett, a gyászoló egyre inkább képes kifelé fordulni. Az elhunyttal kapcsolatos élmények úgy élnek tovább a hozzátartozó életében, hogy emellett képes már reális döntések meghozatalára, saját életének irányítására és céljainak megvalósítására. A korábbi társas kapcsolatok új erőre kapnak, és a gyászoló már büntudat nélkül képes örülni az élet szépségeinek.

A fent leírt folyamatok általánosságban mutatják be a normál gyász különböző stádiumait. A körülmények azonban sok esetben módosíthatják ezt a folyamatot.

Nemi különbségek a gyászban:

A nők rendszerint erősebben élik át a szomorúságot és a büntudatot, a férfiak pedig gyakrabban szorongnak és érznek dühöt. A nők általában keresik az emberi kapcsolatokat, fontos számukra az, hogy a gyásszal kapcsolatos érzelmeikről beszélhessenek. A férfiak leggyakrabban magányosan gyászolnak, illetve a nemi szerepeknek megfelelően úgy érzik, erősnek kell maradniuk a nehéz időszakban is, hogy a családot összetarthassák.

Az öngyilkossággal kapcsolatos gyász:

Az öngyilkosság különös sajátságokat hordoz magán, aminek következtében rendszerint intenzívebb a gyász, illetve a hozzátartozókban erősebben előkerül az az érzés, hogy

a halott elárulta és visszautasította az illetőt. A történetek miatt a büntudat nagyon erősen jelen van, és gyakran saját magukat okolják az esetért.

A gyilkossággal kapcsolatos gyász:

Az ilyen esetekben nagyon erős az az érzelmi teher, amit a visszamaradottaknak hordozniuk kell. Gyakoriak a rémálmok. A gyászolók nagyon erős dühöt éreznek a gyilkossal szemben. Képesek rendkívüli energiákat felölni, hogy a gyilkos előkerüljön, és büntetését megkapja, ami lehetőleg halál legyen. A gyilkos büntetése sok esetben csökkentheti a traumát. Ha családon belüli gyilkosságról van szó, az a kapcsolatok teljes felborulását eredményezi.

A gyász folyamata bármelyik szakaszban bármikor megakadhat, felborulhat, módosulhat. Patológiás gyászreakció esete akkor áll fenn, amikor a normális válasz tünetei túlzott intenzitással jelentkeznek, vagy ha a gyász folyamata túlzottan elnyúlik. Néha nagyon nehéz meghúzni a határvonalat. Lindemann a gyász patológiás jellemzői közül a következőket hangsúlyozza: szomatikus problémák, képzeletben állandóan az elhunyttal való foglalkozás, büntudat, ellenséges reakció és a viselkedésminták elvesztése. Meglátásai alapján a normál gyászfolyamatot megzavarhatja az alacsony fájdalomtűrés és a halál jellege is.

Davanloo kutatása alapján patológiás gyászt előhívó tényező lehet:

- nagyon ambivalens kapcsolat a meghalttal szemben;
- váratlan és hirtelen halál, amelyet egy konfliktushelyzet előzött meg;
- ha a halálért felelős a páciens is;
- baleseti halál esetén, ha a gyászoló látta a balesetet;
- ha a páciens képtelen a fájdalom elviselésére;
- valamint az én nem megfelelő állapota.

A szakirodalomban korábban a gyászfeldolgozás zavaraira használt „patológiás”, „kóros” jelzők erősen stigmatizálják a gyászolót, ezért Pilling János már „komplikált” gyászból beszél.

A komplikált gyász időtartamát tekintve beszélhetünk:

- krónikus
- késleltetett gyászból.

Az intenzitást nézve pedig:

- bagatellizáló,
- hipertrofikus gyászból.

Krónikus gyász

Sok esetben évekig tartó gyászolásról van szó, amit folyamatos szorongás, sírás és a társas kapcsolatok beszűkülése jellemez. Szélsőséges formája a mumifikáció. A gyászoló igyekszik hozzátartozóját „életben tartani”. A halál tényét ignorálja, és életét úgy éli, mintha a halott még mindig élne. Ezekben az esetekben azonban a hátramaradott életét nem önmaga, hanem a halott irányítja. A mumifikáció leggyakoribb példái: étkezéseknél éveken át megteritnek az elhunytak is, annak szobáját érintetlenül hagyják, belső párbeszédet folytatnak vele.

Késleltetett gyász

A gyász „normális” jegyei abszolút hiányoznak vagy le vannak gátolva. A pszichoszomatikus betegségek gyakoriak lesznek. A gyász szokványos lefolyásának megindulását egy újabb veszteség kezdete jelentheti (munkahelyről való elbocsátás, párkapcsolati probléma).

Bagatellizáció

Leginkább akkor alakul ki, ha a visszamaradottat ambivalens érzelmek kötik a halotthoz. Eleinte nagy megkönnyebbülést éreznek, melyből a levertség és lehangoltság teljesen hiányzik, és az illető megpróbál úgy élni, mintha „semmi nem történt volna”. A tagadás mögött azonban sokszor büntudat és harag áll, aminek következménye pszichoszomatikus tünetek megjelenése lehet.

Hipertrofikus gyász

Általában hirtelen halál (gyilkosság, baleset) bekövetkezése után jelentkezik ez a túlzott mélységű, szokatlanul erőteljes gyász, ami nagyon gyakran sokáig elhúzódik.

A komplikált gyász kényszeres reakciót, szorongásos neurózist, depressziót és egyéb pszichiátriai betegségeket válthat ki.

A mai világban a legtöbb ember kórházban hal meg, így a látogatók csak a látogatási idő alatt lehetnek a haldoklóval. Legtöbb esetben a halál pillanatakor a hozzátartozók közül senki nincs a kórházban, ami erős büntudatot válthat ki. A halál hírért sok esetben személytelenül közlik, illetve gyakran előfordul, hogy a visszamaradottaknak nincs lehetőségük megnézni az elhunytat.

A gyászolóknak nagyon sok esetben szüksége van külső segítségnyújtásra, hogy a krízist át tudja élni. A gyász feldolgozásához a segítségnyújtásnak többféle formája is ismert az önszegtéstől (egyéni önszegtetés, önszegtető csoportok) kezdve a fél-profeszionalis segítségnyújtáson át (telefonos lelkeségély-szolgálat, interneten elérhető anyagok) a professzionális segítségnyújtásig (pszichoterápia, egyházi segítségnyújtás).

A helyes segítségnyújtással megelőzhetővé válik a gyászreakciók elhúzódása, a beteg szociális alkalmazkodásában bekövetkező súlyos változások, valamint a pszichoszomatikus és a pszichés betegségek kialakulása. A segítő legfontosabb feladata az, hogy osztozzon a kliens gyászmunkájában, nevezetesen az arra való erőfeszítéseiben, hogy a páciens elválassa magát a halottal való kötelékeitől, és képessé váljon új, eredményes kapcsolatokat kialakítani

A gyászmunka folyamata, annak a gyászreakciónak a lelki feldolgozása, amely a szeretteink halálát követi. A veszteség következtében érzett fájdalmat, szenvedést, bánatot fel kell dolgozni. A holttest szertartásos eltemetése, a búcsúszertartás, a szeretett ember elsiratása, a távozó egzisztencia értékeinek szétosztása vagy a gyászidő betartása mind-mind az emberi elmúlás méltóságát ápolják és az élők belenyugvását segítik elő.

Felhasznált irodalom:

1. Pilling János (szerk.): Gyász, Budapest, Medicina, 2003.
2. Polcz Alaine: Ideje a meghalásnak, Budapest, Pont Kiadó, 2001.
3. <http://hu.wikipedia.org/wiki/Gy%C3%A1sz> Elérés ideje: 2015.07.08.

4. <http://holdfenykozosseg.webnode.hu/news/gyaszreakcio-a-krizis-dinamikus-rovidterapiaja1/> Elérés ideje: 2015.07.08.
5. http://www.gyaszjelentes.eu/hasznos_informaciok/info_21.html Elérés ideje: 2015.07.08.
6. http://epa.oszk.hu/02000/02002/00005/pdf/1998-99-tel_erich-akut.pdf Elérés ideje: 2015.07.08.

Új vesével élni

Dr. Gyura Erika, Prof. Dr. Molnár Zsolt: *A donorrá nyilvánítás etikai dilemmái*

Dr. Gyura Erika, Prof. Dr. Molnár Zsolt, Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

Az orvostudomány és gyógyszeripar nagyütemű fejlődése ellenére még mindig vannak olyan betegségek, melyek gyógyulása az adott szerv végstádiumában, kizárólag egy másik szervezetből származó, ép szerv átültetésétől várható.

Történelmileg az erre vonatkozó törekvések már az 1900-as évek elejétől megfigyelhetők először állatkísérletek, majd a 30-as évektől humán próbálkozások formájában. A szervkilökődés immunológiai hátterének megismerésével és az immunszuppresszió bevezetésével áttörés jött létre a szervátültetés történetében. Az átültetendő szervek recipiensben (befogadó szervezetben) való túlélésének kulcskérdése, hogy a donorban (a szerv forrásául szolgáló szervezetben) az eltávolítás pillanatáig milyen szervperfúziót sikerül fenntartani. Ha egy adott szervet a szívmegállást követően távolítanak el, annak minősége lényegesen rosszabb, mintha ezt egy dobogó szívű, tehát megtartott keringésű szervezetből távolítják el. Tradicionálisan a halál bekövetkezte még néhány évtizede is a szív megállásával fonódott össze az emberek tudatában. Az agyhalál definíciójának és kritériumrendszerének megalkotásával (1968. Harvard Conception), majd a WHO általi elfogadásával (1971) megnyílt az út ahhoz, hogy jó állapotú szerveket nyerjenek még keringéssel rendelkező, de agyi tevékenységgel végérvényesen és visszafordíthatatlanul nem rendelkező donorokból. Az agyhalál megállapítását követően az orvosi nomenklatura is a beteg helyett a donor kifejezést használja, illetve a családtagok, rokonok felé a halott/agyhalott hozzátartozó megjelölést alkalmazza.

A donorrá nyilvánítás procedúrája törvényileg szigorúan szabályozott tevékenységek sorozatából áll. Magyarországon az 1997-es CLIV. törvény az egészségügyről XI. fejezet ide vonatkozó paragrafusai az érvényesek. Ennek értelmében (202.§) az **agyhalál**: az agy (beleértve az agytörzset is) működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése. **Halál**: amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljes megszűnése miatt a szervezet visszafordíthatatlan felbomlása megindul.

A 212.§ előírja, hogy az agyhalál megállapítását egy erre korábban kijelölt, az adott területen jártas 3 szakorvosból álló agyhalál-megállapító bizottságnak kell elvégeznie, egymástól független vizsgálattal. A vizsgálat módját, részleteit szintén egészségügyi miniszteri rendelet írja elő. Az agyhalál szabályszerű megállapítását követően a gépi lélegeztetés, illetve

egyéb szervműködést támogató kezelés fenntartása csak akkor indokolt, ha azzal az átültetendő szervek működőképességének megőrzése a célunk. Ez a klinikai gyakorlatban azt jelenti, hogy az agyhalál megállapítását követően, ha szervkivétel nem jöhet létre valamilyen ok miatt, akkor a további kezelést, beleértve a lélegeztetést is, a törvény indokolatlannak tartja, tehát meg kell szüntetni!

Az agyhalál megállapításának törvény által megszabott 3 sarokköve a következő:

- I. Kizáró körülmények tisztázása (mérgezés, gyógyszerhatás, hypothermia, metabolikus vagy endokrin kóma, shock, gyulladásos központi idegrendszeri betegségek).
- II. Az agyműködés (beleértve az agytörzset is) teljes hiányának bizonyítása.
- III. A hiányzó agyműködés irreverzibilitásának bizonyítása (ez kötelező megfigyelési időtartamot jelent, 4 óránként megismételt vizsgálatokkal, pl. elsődleges agykárosodás esetén 3 évesnél idősebb gyermek, illetve felnőtt esetén: 12 óra, ugyanezen korcsoportban másodlagos agykárosodás esetén 72 óra). Lehetőség van bizonyos műszeres vizsgálatok elvégzésével az említett megfigyelési időket lerövidíteni, így a szerveket mielőbb, még jó keringési és alacsonyabb fertőzési viszonyok közepette eltávolítani. Ezekkel a műszeres vizsgálatokkal szintén az agyi keringés teljes hiányát tudjuk igazolni: **1. Transcranialis Doppler** (TCD: az a. cerebri mediai keringésének ultrahang vizsgálata), **2. 4 ér angiográfia** (az a. vertebalisok és az a. carotisok kontrasztanyaggal való telődésének hiánya), **3. Perfúziós scintigrafia** (izotópos agyi keringésvizsgálat, nincs detektálható izotóppaktivitás az agyban).

A fenti procedura jogilag szigorúan szabályozott, világos utasításokkal, előírásokkal kizárja az agyhalál megállapításának folyamatában a tévedés lehetőségét, így nem kelt etikai dilemmákat. Emellett a donorgondozást végző és szervkivételre készülő orvosi teamnek képviselnie kell az általa nem kezelt, de végstádiumú szervbetegségben szenvedő és transzplantációs várólistán szereplő betegek érdekeit is, és mindent el kell követnie annak érdekében, hogy az agyhalottból mielőbb, minél több beültetésre alkalmas szervet távolíthassanak el.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe (60. pont) is hasonló álláspontot képvisel: „*az orvos felelősséggel tartozik az általa ismeretlen, gondjaira nem bízott szervátültetésre váró betegért is, ezért etikailag kifogásolható, ha az orvos figyelmetlenség, nemtörődömség, vagy más okok miatt a potenciális donornál az agyhalál megállapítását nem szorgalmazza*”.

A jogszabály azt is előírja, (211.§), hogy halottból szerv, illetve szövet eltávolítására átültetés céljából csak akkor kerülhet sor, ha az elhunyt életében ez ellen nem tett tiltakozó nyilatkozatot. Ezt cselekvőképes személy írásban (közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban), vagy amennyiben írásbeli nyilatkozatot nem tud tenni, kezelőorvosánál szóban tehet. A kezelőorvos köteles meggyőződni arról, hogy maradt-e az elhunynál tiltakozó nyilatkozat. Ha a szervkivételig ilyen jellegű irat nem kerül elő, illetve nem juttatnak el a kezelőorvoshoz, annak hiányát kell vélelmezni.

A világ különböző országaiban eltérő jogrend uralkodik a szervadományozással kapcsolatban. Az egyik a **Pozitív beleegyezés elve (donorkártya)**, mely során az egyén még életében nyilatkozik arról, hogy halála esetén beleegyezik szerveinek átültetés céljából történő eltávolításába. Ez a joggyakorlat pl. az USA, Kanada, Nagy-Britannia, Ausztrália, Új-Zéland, Japán, Közép- és Dél-Amerika országai, Svájc, Németország és az arab országok területén.

A másik gyakorlat a **Feltételezett beleegyezés elve (tiltakozó nyilatkozat)**, mely során az egyén még életében nyilatkozik arról, ha nem kívánja szerveit halála estén felajánlani beültetés céljára. Ez utóbbi jogrend során *az ún. gyenge formánál* szükség van a család jóváhagyására is (pl. Franciaország, Olaszország, Spanyolország). *Az ún. erős formánál* nem kell kérni a család beleegyezését az átültetési céllal történő szervkivételhez, de meg kell győződni arról, hogy a beteg nem tett korábban tiltakozó nyilatkozatot. Ez a joggyakorlat Magyarországon (és pl. Lengyelországban, Dániában, Ausztriában is), ezért a szervkivétel előtt a 18/1998. (XII.27) EüM. rendelet 8.§ alapján, amennyiben tiltakozó nyilatkozat nem található, a kijelölt egészségügyi dolgozó megkeresi az Országos Transzplantációs Nyilvántartást. Ha az OTNY nem tartalmazza az elhunyt tiltakozó nyilatkozatát, a szerv-, illetve szöveteltávolítás megkezdődhet.

Az elhunyt családjával, hozzátartozóival való kapcsolattartásnak különleges jelentősége van a donorrá nyilvánítás folyamatában. Bár a hatályos magyar törvények szerint nem szükséges a rokonok hozzájárulása a felnőtt halottból történő transzplantációs célú szerv kivételéhez, de a legközelebbi hozzátartozóknak joga van a tájékoztatáshoz, a kezelőorvosnak pedig tájékoztatási kötelezettsége van feléjük. Ennek során előfordulhat, hogy a család határozott, heves tiltakozásának ad hangot, és ez megghiúsítja a szervkivételt.

Az OVSZ 2009-es Szakmai beszámolója szerint az adott évben 140 megvalósult donáció során 375 szervet távolítottak el és 323 szervbeültetés történt. 11 alkalommal maradt el szervkivétel családi tiltakozás miatt, ami legalább 29 betegről vette el az életmentő szerv transzplantációjának lehetőségét!

Az ombudsman álláspontja (Lenkovics Barnabás, Bp. 2006) szerint a szervátültetésre szoruló, egyre súlyosabb, életveszélyben élő betegek élethez való joga az alapvető emberi jogok sorában sokkal előbbre való, mint a hozzátartozók kegyeleti joga.

A családi tiltakozás leggyakoribb faktorai az akut gyászreakció okozta pszichés reakció, etnikai alapú hagyományok, aluliskolázottság, felvilágosítás – tájékoztatás elégtelensége, vallási, kulturális kötöttségek.

Általános jelenség a hozzátartozók szorongása, esetenként rettegése a holttest eltorzulásától. A donor testét a kegyeleti szempontok figyelembe vételével úgy kell helyreállítani, hogy az a lehető legnagyobb mértékben hasonlítson az eredeti megjelenésre (18/1998. XII.27. Eü. miniszteri rendelet 8/A §).

A különböző vallási felekezetek általánosságban elfogadják a másokon való segíteni akarás, a szereteten alapuló ajándékozás elve alapján a szervkivétel és szervátültetés orvosi indokokon alapuló szükségességét.

Felhasznált irodalom

1. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe. <http://www.mok.hu/info.aspx?sp=65> Elérés ideje: 2011.10.20.
2. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Elérés ideje: 2011.10.20.

3. 18/1998. (XII.27) EüM. rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800018.EUM Elérés ideje:
2014.09.14.

Kiszel Attila István: A donorgondozás szakápolói feladatai

Kiszel Attila István BSc ápoló, intenzív betegellátó szakápoló, SZTE SZAKK AITI-I részleg

Magyarországon jelenleg 1368 fő van transzplantációs várólistán (máj: 145 fő, szív: 52 fő, tüdő: 8 fő, vese: 1139 fő, vese és hasnyálmirigy: 24 fő). Az időben észlelt és a szervkivételig kísért donorok magas szintű ápolásával 7 ember életét tudjuk megmenteni, életminőségén jelentősen tudunk javítani.

Donorgondozáson olyan speciális intenzív terápiás tevékenységet értünk, melynek tárgya a beteg, aki az agyhalál következtében mint individuum megszűnik létezni, de a fennálló spontán szívműködés mellett lélegeztetéssel és egyéb intenzív eljárással az érintett szervek homeosztázisát biztosítjuk a szervkivételig.

Egyik legfontosabb érdemünk az agyhalottak ápolásában, hogy sikerült az intenzív III (speciális vagy komplikált, illetve komplex intenzív ellátási feladatokra berendezkedett multidiszciplináris intenzív osztály) kritériumoknak megfelelnünk a 60/2003. (X. 20.) EszCsM rendeletben foglaltaknak, mely az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeket szabályozza. Ez alapján a beteg: ápoló arány 1:1, beteg: orvos arány 2:1.

Az agyhalott kezelése orvosi feladat. Az agyhalott ápolását végző ápoló együttműködő funkciót lát el: a kezelési feladatokat orvosi utasításra, az ápolási feladatokat az orvossal együttműködve hajtja végre, a felelősség az orvosé, illetve megosztott.

Gondosan odafigyelünk a beteg gyógyszerelésére. Az artériás hypotensio kezelése vasopressinnel és dobutaminnal történik. Hígításuk intézeti protokoll alapján történik. Bradycardia esetén az atropin hatástalan, kezelésére béta-receptor izgató alkalmazható. Folyadékterápia kivitelezésére krisztalloid oldatot adunk, alapszükséglet 1 ml/ttkg/óra. Diabetes insipidus kezelésére V₂-receptor agonista desamino-8-D-arginin-vasopresszin az elsőként választandó gyógyszer. A hormonszubsztitúció haszna vegetatív instabilitás, magas vazopresszorigény és multiorgan donáció esetén megfontolandó. Normoglikaemia a cél akár inzulin intravénás adagolásával.

Az intenzív terápiában, a súlyos agysérültek ellátásában egyébként is szükséges monitorozási módszereket alkalmazzuk donorgondozás során. Kötelezően EKG, SpO₂, artériás várgáz, elektrolitok, vércukor, IBP esetleg NIBP, CVP, óradiurézis, folyadékegyensúly 4-6 óránként, maghőmérséklet, INR, APTI, vércukor, elektrolitok. Célszerű a szérum laktátszintjének monitorozása, SvcO₂-mérés, kapnometria alkalmazása, instabilitás esetén hemodinamikai monitor (PICCO, Swan-Ganz) megfontolandó.

Fél-Fowler helyzetben fektetjük a beteget az agyhalál kimondásáig. A fél-Fowler testhelyzet elősegíti a tüdő kitágulását, könnyíti a légzést, csökkenti az intracraniális nyomást és javítja a vénás visszafolyást. A beteg fejét 30°-ban megemljük, a felkar 30°-ban hajlítva,

alkar kissé megemelve, ujjak enyhén behajlítva, csípők enyhén hajlítva, térd enyhén behajlítva, boka derékszögben, nincs hajlítva. Az agyhalál kimondása után az agyhalottat vízszintes helyzetbe kell hozni.

Minden szájból lévő és a garatot izgató eszköz (gyomorszonda, trachea tubus, nyelőcső-hőmérő) fokozott nyáltermelést indukál. A reflexek megszűnése miatt a nyelési reflex is károsodik, a termelődött nyál a szájüregben és a garatban pang. Mivel a táplálkozás hiánya miatt a szájüregnek nincs öntisztulása, ott baktériumok és gombák tömkelege telepszik meg, és a nyál ideális táptalaj a mikroorganizmusoknak. Az alacsony nyomású tubusok bevezetésével, valamint a nem megfelelő szájhigiéne esetén kórokozók vándorlása indulhat a szájüreg felől a felső légutakba, és fordítva. Mint minden betegnek, az eszméletlen vagy az agyhalott betegnek is elmagyarázzuk a beavatkozás lényegét. Osztályos szokás szerint higítatlan 0,2%-os chlorhexidin oldattal alapos szájtoiletet végzünk. A beavatkozás végén közöljük a beteggel, hogy befejeztük a műveletet, és kényelmes testhelyzetbe helyezük. A pangó váladékot naponta többször is el kell távolítanunk körültekintően, az esetleges sérüléseket elkerülve. A nozokomiális VAP elkerülése érdekében 6 óránként szájfertőtlenítő oldatot alkalmazunk. Fokozottan védjük az ajkakát és a szájnyálkahártyát a kiszáradástól és a berepedések miatt kialakuló fertőzésektől.

Az intenzív osztályos betegek eszméletlenség, agyhalál vagy szedáció miatt fokozottan vannak kitéve a szemek sérülését tekintve, mivel csökken a könnytermelés és nem pislog. A szemzugokban és a szemszéleken nagyfokú váladékozás tapasztalható. Az betegek gyakori szemápolást igényelnek. A hiányzó cornea-reflex miatt a szemrésben és a szemzugban összegyűlt váladékot el kell távolítani. A szemgolyót soha nem szabad megnyomni, mert ezzel komoly sérülést okozhatunk. A szemet és a corneát védeni kell a kiszáradástól, ha a szemhéj nem csukódik le tökéletesen. A kiszáradást és az irritációt megelőzendő, nedves gézlabdacot vagy óraüveg-kötést helyezünk fel a szemre, valamint A-vitaminos szemcseppeket és műkönnyet alkalmazhatunk orvosi utasítás szerint.

Decubitus prevenciók tevékenységet kell kezdeményezni minden olyan betegnél, aki eszméletlen, agyhalott, tartósan ágyhoz kötött, az aktív izommunkára képtelen, illetve keringéstámogatásra noradrenalinot kap. A megelőző tevékenységünket különböző nyomáscsökkentő eszközök alkalmazásával folytathatjuk, ilyenek a speciális habszivacs gyöngyöket tartalmazó párnacsalád, gélpárna, légpárna, báránypárna, kinetikus ágy, decompressziós matrac. Tiszta, feszesre húzott és gyűrődésmentes legyen a lepedő. Ügyeljünk arra, hogy semmi oda nem illő tárgy (tűvédő, fecskendő, csapkupak) ne maradjon az ágyban. Fontos az egész test tisztán tartása és fürdetés után szárazra törlése. A nyomásnak kitétt helyeken a vérkeringés serkentésére krémes masszázst használhatunk. Noradrenalin adagolás esetén a végtagok akrális részein is romlik a keringés, az ujjbegyet nyomó eszközt (SpO₂ mérő) óránként, 2 óránként másik ujjra helyezzük fel. A fennálló vizelet- és székletinkontinencia miatt hólyagkatétert, gyakran ellenőrzött és cserélt pelenkát alkalmazhatunk.

A folyadékgyengység a folyamatosan, 4-6 óránként monitorozandó értékek közé tartozik. Az összes folyadékbevitelt kell mérni: orálisan, parenterálisan (iv. adott folyadék, TPN, vér- és vérvérvények, infúziós pumpán adagolt gyógyszerek), szondatáplálással bevitt folyadékmennyiséget. Az összes folyadékleadást is mérni kell: vizelet, emésztőrendszeri folyadéknedvek (hányás, hasmenés, gyomorleszívás), egyéb leadási formák (drainek, sebfelületek). Meghatározott időközönként összesítést végzünk, s az orvos utasítását követve a

szükséges korrekciókat végrehajtjuk. Ápolói szempontból nagyon fontos a diabetes insipidus korai felismerése. Normális veseműködés és normális neurohypophysis működés mellett az ürített vizelet mennyisége 0,5-1,0 ml/ttkg/perc. Az antidiuretikus hormon a hypothalamusban termelődik, s a neurohypophysisben raktározódik, onnan választódik ki a vérbe. ADH hiány vagy hatástalanság miatt diabetes insipidus alakulhat ki. Jellemző a két egymást követő órában 4 ml/ttkg/perc mennyiséget meghaladó (vagy két egymást követő órában 400 ml-t meghaladó) vizeletfrakció, a vizelet fajsúlya 1005 körüli. Ha laboridiagnosztikát végzünk, alacsony kálium-foszfát- és kalcium-, magas nátriumszinteket mérhetünk. A diabetes insipidus fokozza a hypovolémia lehetőségét, tovább rontva a szisztémást vérnyomást. Terápiaként, orvos utasítására vazopresszint adunk intravénásan.

A hypothalamus rendszer károsodása miatt a hőszabályozás károsodik, az agyhalott poikilothermiássá válik, vagyis – mint a hüllők esetében – a testhőmérsékletet csak külső segítséggel tudjuk fenntartani. Maghőmérsékletet mérünk az agyhalottnál (rectum, membrana tympanica, nyelöcső, artéria pulmonalis), mert pontosabb a mért érték. A hőmérséklet fenntartásához helyi szokás szerint melegített iv. folyadékot, melegítő matracot és párnát, a légutak melegítését, motor segítségével keringő vizet tartalmazó matracot, takarót és a keringő vér külső melegítését használhatjuk.

A légutak védelméről is gondoskodni kell, hiszen az intubáció miatt kiesik az orr és a felső légút melegítő, párasító funkciója. Pótlására helyi lehetőségek szerint aktív párasítást (nemcsak a vízfürdő hőmérsékletét, hanem a beteghez jutó felmelegített levegő hőmérsékletét is ellenőrizni tudjuk), hő- és páracserélő filtereket (HME = Heat Moisture Exchanger; a kilélegzett levegő páráját és hőjét felfogja, és a következő légvételnél ezt fogja párasításra és melegítésre használni) és HME boostert (elektromosan melegített és porlasztott izotóniás oldat kerül párasításra) alkalmazhatunk. Ezen eszközök használatával meggátolhatjuk a váladék besűrűsödését, a nyákretenciót, súlyos esetben a tubus eldugulását és az atelektáziás területek kialakulását.

Mind a donort, mind a leendő recipienseket védenünk kell a nozokomiális fertőzésektől. Mielőtt a beteghez nyúlunk, illetve az ágytól eljövünk, alkoholos kézfertőtlenítést kell végzünk. Nem kell egész nap gumikesztyűbe öltözve lennünk, hisz a meleg, páras környezet kedvez a kórokozók elszaporodásának. Saját védelmünk érdekében néhány esetben nem tekinthetünk el a kesztyűviseléstől (váladékok eltávolítása). Nincs egyértelmű bizonyíték arra, hogy a perkután beavatkozások során viselt sapka és maszk jelentősen csökkentené a nozokomiális fertőzések számát. Fontos viszont, hogy a beavatkozások megfelelő tárgyi (fertőtlenített asztal), személyi (steril köpeny) előkészítés mellett, steril izolálás mellett történjenek.

A család értesítése, informálása az agyhalott kondicionálását végző orvos feladata, és a donort ellátó nővér jelenlétében történik. Ügyeljünk arra, hogy nyugodt környezetet tudjunk biztosítani a tájékoztatáshoz, ez ne a kórteremben, ne a többi beteg és hozzátartozó jelenlétében történjen. A tájékoztatás ténye és eredménye szerepeljen a decursusban.

Felhasznált irodalom

1. Molnár Zs.: Agyhalál, szervtranszplantáció. In: Molnár Zs. (szerk.): Aneszteziológia és intenzív terápia. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2011. p. 180–182.

- Ökrös I.: Az agyhalál megállapítása, donorgondozás. In: Bogár L. (szerk.): Aneszteziológia és intenzív terápia. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2009. p. 398–401.
- Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999. p. 814–880.
- Sharon G.: Az ápolás alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1998. p. 135–148.
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC Elérés ideje: 2014.08.17.

Pre- és posztanalitika az orvosi laboratóriumban

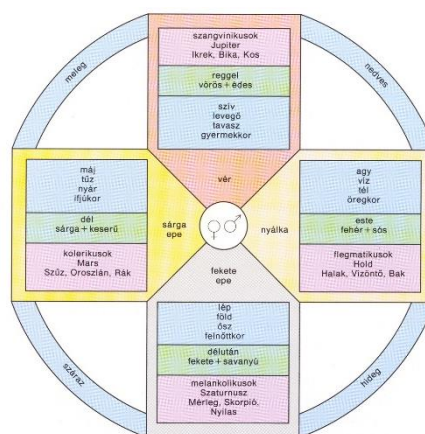
Iryni Tamás: A laboratóriumon kívüli preanalitikai lépések és hatásuk a vizsgálatra küldött minták minőségére

Iryni Tamás egyetemi okleveles ápoló, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

Mielőtt sor kerülne a vérvétel előkészítésének, technikájának, a minta szállításának az ismertetésére, engedtessek meg nekem, hogy egy kis történelmi utazásra invitáljam Önöket. Ezen utazás során a medicina kezdeteitől kiindulva azon állomásokon fogunk megállni, melyek a mai vérvétel terápiás és diagnosztikus eljárásaihoz elvezettek.

Az orvoslás története harccal kezdődik: harc az életben maradásért és harc a világ megismeréséért. Az első emberek úgy érezhették, hogy világukat mérhetetlen hatalmú erők ötletszerű beavatkozásai mozgatják. Így aztán az ember évezredek át primitív, megelőző orvoslást művelt, hogy áldozataival és rituális tevékenységével kiengesztelje az ártó isteneket.

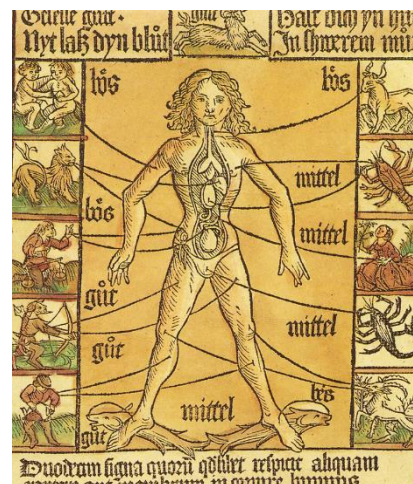
Az antik orvoslásnak a Kr. e. V. század óta sajátossága az az elképzelés, hogy az embereket érintő minden testi probléma megmagyarázható az emberi test nedveinek tanával. Az emberről feltételezték, hogy testének négy nedve van: a vér, a nyálka, a sárga epe és a fekete epe. Keveredésük arányai határozzák meg az egészséget és a betegséget. Galénosz görög orvos működése jelenti az antik medicina csúcspontját és lezárulását, aki a Kr. u. II. században élt. Galénosz is a kvalitások és a nedvek tanára építette elméletét. A vér keringését nem ismerte, az ütőerekről azt gondolta, hogy a pneumát szállítják a szívbe, míg a májban termelődő vért a vivőerek juttatják el a szervezet minden részébe. Galénosz élettana határozta meg az elkövetkező századok medicináját. A terápiák célja a négy testnedv megfelelő arányának a visszaállítása. Egyértelmű állást foglalt az érvágás és a „pus laudabile” (gennyesedés előnyös volta) mellett, ezáltal a következő időkben rengeteg bajnak és halálesetnek lett előidézője.



A képen a rendkívül gyakran alkalmazott terápiát látják: a köpölyözést. Vászondarabot meggyújtva egy harang alakú edény belsejébe tették, hogy majd ezt a bőrre helyezték. Az égés során részben felhasználódott az oxigén, és légritkított tér képződött. Az ily módon előidézett szívástól várták, hogy eltávolítsa a „kóros nedvet”. A köpölyözésnek két módja volt: a nedves köpölyözéskor az edényt sebre vagy metszés fölé helyezték a vér kiszívására. Száraz köpölyözéskor úgy gondolták, hogy a bőrön át kifejtett szívó hatástól is megfelelő eredmény várható. A nedves köpölyözés, ha jobban meggondoljuk, nem más, mint a mai vákuumos vérvételi rendszer ókori elődje.



A vér lebocsátása évszázadokon keresztül a mindennapos orvosi terápia része lett. 1491-ben Velencében megjelent a „Fasciculus medicinae”, az anatómiai, illetve sebészeti rajzokból készült összeállítás. Az „érvágásos” és „állatöves ember” rajzai hivatottak segíteni az orvost a megfelelő testrészen az érvágáshoz alkalmas időpont kiválasztásában. A testnedvek elvezetésére tett második intézkedéshez, vagyis a meghajtáshoz (laxáláshoz, purgáláshoz) is utalásokat adnak a bemutató táblák. 1514-ben Pierre Brissot francia orvos az érvágás akkor uralkodó gyakorlatát kritizálja. Ő amellet kardoskodik, hogy a beteg testrész közelében kell eret vágni, ellentétben az addigi gyakorlattól, mely azt mondja ki, hogy a beteg testrésztől távol kell eret vágni. Az ókorban már használták, de a középkorban terjedt el a piócák alkalmazása a vér lecsapolásához.



A XVI. század anatómusai megkezdték a test alapos vizsgálatát. Felfedezéseik részben máig megőrizték érvényességüket. Például Matteo Realdo Colombo 1559-ben közreadott munkájában pontosan leírta a kisvérkört. A köpölyözést, sebkezelést, érvágást, foghúzást az orvosok mellett a borbélyok végezték a hajvágás és a borotválás mellett. Ezen tevékenységük látható egy korabeli karikatúrán.

A nedvtan elutasítása már 1628-ban kezdetét vette, amikor William Harvey a nagy vérkört mechanisztikus-matematikai úton magyarázta. Könyvében, melynek címe: „Anatómiai tanulmány a szív és a vér mozgásáról az élőlényeknél” pontosan leírja a vér útját a szervezetben.

1665-ben, Frigyes Vilmos brandenburgi választófejedelem háziorsosa kiadta „Az új beöntésművészet” című könyvét. Ebben található az első híradást egy embernek adott intravénás injekcióról. Ő ajánlja az emberek közötti kölcsönös vérátömlesztést, pl. elhidegült házastársak között az újbóli kibékülés érdekében. 1875-ben Leonard Landois kimutatást készített az 1666 óta elvégzett és ismertetett 476 vérátömlesztésről. Kiderült, hogy 129 állatból emberbe történt transzfúzió közül csak 62 végződött halálosan, elsősorban, amikor birkavért használtak. Ezeket a beavatkozásokat az orvosok gyomorpanaszok, bélpanaszok és tüdőtuberkulózis gyógyítására javasolták. Richard von Volkman Hallei sebész erről némi morbid humorral úgy vélekedett, hogy „a birkavér átömlesztéséhez három birka kell: az egyik,

amelyiktől a vért veszik, egy második, aki ennek aláveti magát, és egy harmadik, aki a beavatkozást elvégzi”.

Visszatérve a XVII. századhoz meg kell említeni még egy számunkra fontos felfedezést, az összetett mikroszkópot. Ezzel a műszerrel a vérvételt mint diagnosztikus eljárást alapozta meg, hiszen eddig csak terápiás célból vettek vért az emberektől. 1673-ban felfedezték a vörösvértestet.

1726-ban végezték el az első pontos vérnyomásmérést. Egy kanca nyaki verőerébe hosszú üvegcsövet vezettek, ebben mérték a lüktető vér nyomását. Időről időre kifolyattak egy bizonyos vérmennyiséget, majd ismételten mérték a mindenkori vérnyomást, egészen a kísérleti állat pusztulásáig.

1831-ben Charles-Gabriel Pravaz francia orvos elsőként egy különös fajtájú fecskendővel kezelte a betegeit. Pravaz eszköze egy üveghenger volt, amelyhez egy cső csatlakozott, aminek a csavarmentére kanült erősített. A fecskendő bőrdugattyújának nyelét csavarmentesen képezték ki. Szárnyas csavaranya forgatásával az injekciós oldatot a kanülbe juttatták. A Pravaz-fecskendő döntő újítása a köszörült üreges tű, amit közvetlenül a vénába lehetett szúrni.

1880. november 6-án Charles Louis Alphonse Laveran francia orvos egy maláriás beteg vérében mozgó mikroszkopikus képletet látott és írt le. Kerek vagy félhold alakú pigmentált sejtekről van szó, amelyek amőbaszerű mozgást végeznek. Több maláriás betegen tett hasonló észlelés megerősítette azt a meggyőződését, hogy ezek a paraziták okozzák a betegséget. Ezzel a felfedezéssel a diagnosztikus célból vett vérvételek mind nagyobb hangsúlyt és fontosságot nyertek.

1901. november 14-én. Karl Landsteiner bécsi orvos megjelentetett egy közleményt, amiben beszámol a három vércsoport fölfedezéséről.

A XX. század elején bevezetik a vérképet az orvosi diagnosztikába. A vörösvértest-süllyedés vizsgálata is bevonul a rutindiagnosztikába hála Westergrennek. 1916-ban a heparint fedezik fel. 1919-ben a New York-i Rockefeller Intézetben létrehozzák az első vérraktárt. 1924 nyarán végrehajtják az első „vérmosást” (hemodialízist). 1926. április 23-án a bécsi legfelsőbb bíróság határozatban kimondja, hogy apasági perben öröklésbiológiai vizsgálatok hiánya eljárási hiányosságnak minősül. Ekkortól a vérvétel útján vett minta már bizonyítékként is szerepelhet, tehát vért már nemcsak terápiás, diagnosztikus célból vesznek, hanem perek bizonyítási eljárása miatt is.

1957-ben egy amerikai fiziológus megtervez egy automatikus analitikai készüléket a laboratóriumi vizsgálatokhoz. Ez a gépezet a vérszérum lényegesebb paramétereit rögzíti.

1960. Az Egyesült Államokban járványszerűen terjed a staphylococcus okozta kórházi fertőzés, amely gyakran szepszissel jár és halálos kimenetelű. A „hospitalizmusnak” ez az új és váratlanul fellépő formája az antibiotikumok kritikátlan alkalmazásának az egyik következménye, amikor ezt profilaktikus céllal, de anti- és az aszepszis higiéniai elveit mellőzve adják. Ezt felismerve kezdték szigorítani például a kórházakban a higiénés rendszabályokat. Ezen rendszabályok betartása igen fontos a vérvételek kivitelezésénél is, melyről nemsokára következő előadónktól bővebben fognak hallani.

A II. világháború után az USA-ban fejlesztették ki a zárt vérvételi rendszert. Ez az 1960-as években terjedt el Amerikában. A 80-as évek végén jutott el hazánkba ez a technológia. Ez idő tájt jelentek meg az egyszer használatos eszközök a betegellátásban. Ezekkel az eszközökkel a fertőzésveszélyt (mind a ápoló, mind a páciens számára) minimalizálni lehet.

Nagy fejlődésen ment keresztül a vérvételi technika. Azonban a modern technika és a labordiagnosztika újabb és újabb követelményeket támaszt a vérvétel kivitelezésével szemben.

Most pedig térjünk rá arra a témára, hogy a mindennapos vérvételek során melyek a leggyakrabban elkövetett hibák.

A szakdolgozók pontos elméleti és gyakorlati ismeretekkel bírnak a vérvétellel kapcsolatban, ezért csak pár dologra hívom fel a figyelmét. Ezt igazán azért teszem, mert saját tapasztalataim szerint hiába van pontos elméleti tudásunk e témával kapcsolatban, ennek ellenére a vérvételek döntő többségét helytelenül kivitelezük.

A főbb hibák a következők:

1. A helytelen stranguláció
2. A helytelen fertőtlenítés
3. A vér és a mintavételi csőben lévő adalékanyag helytelen keverése
4. Nagyüzemi, gépies, személytelen vérvétel

1./ A helytelen stranguláció. Nem megfelelő eszközzel és ideig alkalmazzuk ezt. Minél szélesebb, legalább 2 cm szélességű legyen a leszorító eszköz, és a vénás punkció előtt lehetőleg rövid ideig tartjuk fenn a leszorítást, hiszen a sejtes elemek, fehérjék és fehérjékhez kötődő anyagok koncentrációja növekedni fog, valamint az izmokban lejátszódó anaerob glikolízis miatt pedig a laktát és piruvát emelkedik a stranguláció hatására. A vérvétel technikája a minta felhasználhatósága szempontjából alapvetően fontos. Néhány példát láthatnak az ábrán.

A stranguláció időtartamának befolyása a laborparaméterekre
1 perc és 3 perc összehasonlítása (1 min: 100%)

Paraméter	Változás %	Paraméter	Változás %
Glükóz	- 9	Bilirubin	+ 8
Kreatin	- 9	Kálium	- 5
Karbamid	- 3	Foszfor	- 7
Húgysav	- 4	Kalcium	+ 3
Koleszterin	+ 5	Vas	+ 7
Protrombin	+ 5	GGT	- 10

Az adatokból is kitűnik, hogy a stranguláció idejét a minimálisra kell csökkenteni. Ezt a vákuumos rendszer elősegíti. Elegendő a vénába jutásig a szorítást fenntartani, mert utána a vákuum biztosítja a megfelelő mennyiségű minta nyerését. Az erek szakadásának valószínűsége egyenes arányban nő a stranguláció idejének hosszával.

Ugyancsak fontos, hogy a vér erőteljes aspirációját elkerüljük, hiszen ez épp úgy, mint a tartós stranguláció, a minta hemolíziséhez vezethet, ezáltal pedig az intracelluláris összetevők kijutása révén hamisan emelkedett K, LDH, savi foszfatáz, illetve GOT értéket kaphatunk. Ugyanezt az eltérést kapjuk, ha a mintát erősen rázzuk.

2./ A helytelen fertőtlenítés. Feltehetném a költői kérdést, hogy ki tartja be a fertőtlenítő behatási idejét. De nem teszem. Szerintem a vérvételeknél senki sem. A fertőtlenítők behatási ideje kb. 3-5 perc között van. Gondoljunk csak bele! Az alkoholnak, ha szájon át juttatjuk be a szervezetbe, akkor ott sem fejt ki azonnal hatását, hanem időre van szüksége, hogy a képen látható eredményt elérje.

A vérvétel általános-szokásos eljárása:

1. a véna kitapintása,
2. egy gyors törlés-fertőtlenítés,
3. majd biztos, ami biztos, még egyszer megtapintani a vénát, természetesen nem fertőtlenített ujjal (zárójelben megjegyzem, ezzel a minimális fertőtlenítés hatását is elimináljuk).

Sajnos, csak nagyon kevesen használják a gumikesztyűt, ami elengedhetetlen lenne a betegek és az egészségügyi dolgozó védelméhez még akkor is, ha zárt vérvételi rendszerben vesszük a vért. Akkor hogy is csináljuk jól? Első lépés a vérvételhez megfelelő hely keresése, a két kar összehasonlítása. Hallgassuk meg a beteget is, hogy szerint hol célszerű a szúrás megejtene. Attól nem leszünk kevesebbek, ha figyelembe vesszük és megfogadjuk a páciens tanácsát, észrevételét. Nem tesz jót a beteg és ápoló közötti kapcsolatnak, ha a beteg észrevételeire így reagálunk: Maga ne szóljon bele a munkámba! Tudom én, hogy kell vért venni! A megfelelő hely kiválasztása után a fertőtlenítési eljárás kivitelezése. Ebbe természetesen beletartozik a behatási idő kivárása is. A fertőtlenített területhez kézzel már ne érnünk. Utána érleszorítás, ami maximum 60 másodpercig tartson. Ezt követően a tű érpályába juttatása és a stranguláció megszüntetése. Majd a mintavételi csövek megtöltése (jelölésig kell a csövet megtölteni, máskülönben hamis eredményt kapunk). Végezetül az utóvérzés elkerülése érdekében a szúrás helyére tampont szorítsunk. A szorítást érdemes 2-3 percig fenntartani (nem elég csak a leragasztás).

3./ A vér és a mintavételi csőben lévő adalékanyag helytelen keverése. A mintát például az antikoagulánssal gondosan össze kell keverni. Ha az alvadásgátló nem oszlik el egyenletesen a vérmintában, részleges alvadékképződés következhet be, aminek következménye helytelen eredmények, és a térfogatmérő eszközök eldugulása lesz. Ha viszont erőteljesen rázzuk a vérvételi csövet, az eredmény: a vér haemolizáltá válik. A jó keverés módszere James Bond után szabadon: Nem rázva, hanem billentve!

Ha a betegtől infúziós terápia alatt vagy közvetlen utána vesszük a vérmintát, a következő zavaró hatásra kell számítanunk: Hígítja a mintát. Tartalmazhatja a mérendő analitot, pl. glükózt. Zavarhatja a meghatározást, pl.: heparin a coagulációs vizsgálatot.

4./ A vérvétellel kapcsolatban meg kell még említenem egy igen fontos tényezőt, mégpedig a mintavétel alanyát. Az alany egy érző, gondolkodó emberi lény. Az emberek jó része fél-szorong a különböző orvosi beavatkozástól, így a vérvételtől is. A félelem normális esetben a veszély elkerülését, az élőlény önvédelmét szolgálja, például ha egy hegyes tárggyal közelednek felénk, elmenekülünk. Ha valódi veszély nélkül támad félelem, akkor szorongásról beszélünk. Az igazi emberséges gyógyítás-ápolás egyik alapja a féltő/szorongó ember ismerete és a megértő bánásmód. A szorongással kapcsolatos gyógyítói munkában az első lépés önmagunk, szorongásainak, aggodalmainak és ezzel kapcsolatos hiányosságainak megismerése. A személyes nehézségeken túl a mindennapi gyakorlati munkában meggyökerezett sok nézettel, előítélettel is szembe kell néznünk. Elsősorban az ésszerűtlen, primitív félelmekkel kapcsolatos lenézésre gondolok. Például: „...felnőtt ember hogy viselkedhet így?” szoktuk mondani, vagy „Egy ilyen kis vacak vérvételtől csak egy csecsemő fél!” Meg kell adni a betegnek azt a jogát, hogy a maga módján félhessen. A nővér magatartásával és szavaival erősítheti, növelheti a beteg szorongását. Az ápoló elsősorban a szorongó beteg megértésével, megismerésével segíthet. A megértésen alapulva, bizalmi

kapcsolatot tud kialakítani. A bizalmi viszony talaján a páciens szorongását szavakba tudja önteni, ezáltal csökkentve azt, illetve meg tud kapaszkodni (szó szoros értelemben és átvitt értelemben is) ápolójában. A mellette állás, a figyelmesség, a megértés segítheti a biztonságot kereső beteget. A szorongás ellen legjobb a megelőzés. Ezt szolgálja a gyógyító intézmény jó légköre, a beteggel felvett jó kapcsolat, személyiségének, érettségének és teherbíró-képességének pontos ismerete, illetve a megfelelő információ átadása számára.

Befejezésül pár gondolat a minta jelöléséről: A vérvételi cső jelölését mindig a mintavétel előtt végezzük el. Különösen körültekintően kell ezt végrehajtani a súlyos állapotú beteg azonnali vizsgálatot és eredményközlést igénylő mintájával és kórólapjával. A sietségben lemaradó telefonszám, beküldő megjelölése, vagy a „SÜRGŐS” jelzés hiánya az eredmény gyors visszaérkezését veszélyezteti, csökkentve annak információs értékét.

Bizonyos csövek esetén a helytelen címkézés megakadályozhatja a minta analizálását, pl. a VVT süllyedésének automata által végzett meghatározását. Itt csak a csövön lévő címkére írjunk, vagy ragasszunk.

A minta tárolása akkor optimális, ha a minta levétel után azonnal a laboratóriumba kerül és ott haladéktalanul feldolgozzák. Természetesen ezt gyakran nem tudjuk kivitelezni, ezért alapszabály az, hogy a levett mintát fénytől védve, hűtőben kell tárolni. Még ekkor is törekedjünk arra, hogy mihamarabb a laboratóriumba kerüljön a minta. Pl.: A vérvételt követően a kenetkészítést 1 órán belül el kell végezni, különben a tárolás alatt morfológiai változások következnek be. A klinikai kémiai vizsgálatokra vett szérum és plazma vizsgálata esetén 30-45 percen belül centrifugálni és szeparálni kell, hogy megakadályozzuk a vvt-k és a folyékony fázis közötti analit kicserélődést, ezáltal az eredmények torzulását.

Sütő Dávid: Orvosi laboratóriumon belüli preanalitikai folyamatok

Sütő Dávid klinikai kémikus, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet

A diagnosztikai biztonság érdekében fontos, hogy a laboratórium megbízható eredményeket, leleteket szolgáltatson a gyógyító orvos számára. Az orvosi laboratóriumi tevékenység az alábbi három fő szakaszra bontható: preanalitikai, analitikai és posztanalitikai fázisra. Az orvosi laboratóriumi diagnosztikai folyamatokon belül az elvégzendő műveletekre fordított összes idő legnagyobb hányadát (57%-át) a preanalitikai fázis teszi ki. A preanalitikai fázist két részre oszthatjuk: laboratóriumon kívüli (20%) és laboratóriumon belüli (37%) preanalitikai fázisra.

A laboratóriumon kívüli preanalitikai fázis

1. Vizsgálatok kiválasztása és kérése:

Laboratóriumi vizsgálatokat elektronikus vagy hagyományos papír alapú vizsgálatkérő lapon lehet kérni. A vizsgálatkérő lapok a beküldő orvos és a laboratórium közötti írásos szerződésnek minősülnek, és a vizsgálatok finanszírozásának alapját képezik. Az elektronikus vizsgálatkérő lapnak sokkal több előnye van, mint a hagyományos papír alapú vizsgálatkérő

lapnak. Az **elektronikus vizsgálatkérés jellemzői:** gyors, tervezhető rendelés, kevés papírhasználat, költséghatékonyság, betegadatokhoz és a klinikai informatikai rendszerhez való hozzáférés jogosultsághoz kötött adatvédelem, és a validált eredmények azonnali elérhetősége a kezelőorvos számára. Elektronikus vizsgálatkérő lapon történő rendelés esetén az alábbi mezőket kötelező kitölteni: beteg neve, beteg születési ideje, beteg anyja neve, mintavétel/mintagyűjtés időpontja, diagnózis, terápia, a beküldő intézmény neve, címe, rövid informatikai azonosítója, a kezelőorvos neve, pecsétje, elérhetősége, illetve az ellátás száma. A **hagyományos papír alapú vizsgálatkérés jellemzői:** sok papír, sok nyomtatás, magas költségek, a jogszabályi változások követése nehézkes, az eredményközlés késői, sok telefonálás a hibásan kitöltött kéréslap miatt. A vizsgálatkérő lapok fejléce értelemszerűen kitölthető. A kért laborvizsgálatok kijelölését a vizsgálatkérő lapokon található kiegészítő információk segítik. A kéréslapon csak a vizsgálatkérő orvos dokumentált jóváhagyásával (alírással, pecséttel) jelölhetők ki újabb vizsgálatok. A kitöltött kéréslapok „beutalónak” számítanak, ezért a jogszabálynak megfelelően 5 évig megőrzendők. Minden laboratóriumnak van saját, specifikus kéréslapja, a más laboratóriumba küldendő laborvizsgálatokhoz az adott laboratórium külön vizsgálatkérő lapja szükséges.

2. A beteg előkészítése és azonosítása:

Vérvétel előtt legalább 12 órás táplálékmenekvonás szükséges. A beteg azonban tiszta vizet ihat ezalatt az idő alatt. Ha nem éhgyomorrra történik a vérvétel, az alábbi vizsgálatok elvégzésekor a valós, éhgyomri értékhez képest magasabb mérési eredményeket kapunk: vércukor, koleszterin, trigliceridek, vas, foszfát. Vérvétel előtt fontos az étrendi előírások pontos betartása (pl. a cukorterhelés előtt 3 napig legfeljebb napi 250 gramm szénhidrát fogyasztása megengedett). Vérvétel előtt mellőzni kell az élvezeti szereket (pl. tea, kávé, alkohol) fogyasztását. Nem minden esetben történik a vérvétel előre tervezhető körülmények között (pl. sürgősségi betegellátás). Fontos, hogy az eredmények értékelésekor az alábbi befolyásoló és zavaró tényezők hatását figyelembe vegyük: pl. a fizikai aktivitás emeli a laktát, CK, GOT, GPT, LDH vérkoncentrációját, álló testhelyzetben az összfehérje-koncentráció magasabb, mint ülve.

3. Mintavétel:

Mintavétel előtt kötelező a beteg azonosítása. Meg kell kérdezni a beteg nevét és ellenőrizni, hogy az a név szerepel-e a kéréslapon. Gyakori nevek esetében célszerű a születési dátum, vagy TAJ szám ellenőrzése is. Figyelni kell a beteg viselkedését, és ha úgy ítéli meg a vérvételi asszisztens, hogy a beteg fél a vérvételtől, és fennáll az ájulás veszélye, akkor inkább fekvő testhelyzetben szűrje meg a beteget. A mintavételi csövek helyes feltöltési sorrendje: 1. hemokultúra, 2. sárga kupakos géles cső vagy piros kupakos natív cső, 3. kék kupakos citrátos cső, 4. fekete kupakos citrátos cső, 5. zöld kupakos heparinos cső, 6. lila kupakos EDTA adalékanyagot tartalmazó cső, 7. szürke kupakos fluoridot tartalmazó cső. A leggyakoribb mintavételi hibák: nem megfelelő beteg-előkészítés (pl. a diéta be nem tartása), a minta mennyisége nem elegendő a mérés elvégzéséhez (pl. süllyedés vizsgálatra), a keverés hiánya (alvadékos és/vagy hemolizált minta), az adalékanyagot tartalmazó mintavételi csőben a jelhez képest kevesebb/több vér található (pl. minta és adalékanyag arány miatt hibás eredmény), a minta szennyeződése infúzióval. Ha kéréshez nem megfelelő csőbe vették le a vért, akkor a mérés nem végezhető el. A vérvételi csöveket tilos összeöntögetni. A referenciatartománytól való extrém ionkoncentrációk (pl. kálium, nátrium) esetében mindig gondolni kell arra, hogy a

vérvételek helyén különböző adalékanyagot tartalmazó csöveket öntötték össze. A laboratórium a preanalitikai hibáról telefonon értesíti a beküldőt, és a vizsgálatok elvégzéséhez szükség esetén új mintát kell kérni a beküldőtől.

4. Mintaszállítás:

A véralvadási vizsgálatra a mintavételt követő 2-4 órán belül a szobahőmérsékleten tárolt, citrát adalékanyagot tartalmazó mintának vizsgálatra kell kerülnie. Vérképvizsgálatra a lila kupakos EDTA adalékanyagot tartalmazó mintákat a mintavételt követő 6 órán belül le kell mérni. Egyes paraméterek (Parathormon, ACTH) nem kellően stabilak szobahőmérsékleten, így a vérvételt követően az összeforgatott csöveket azonnal olvadó jégre kell tenni, és ilyen körülmények között kell szállítani is. Ha ez nem megoldható, a beteget közvetlenül a vizsgálatot végző laboratóriumba kell küldeni vérvételre. A szállítás során kerülni kell a rázkódást és az extrém hőmérsékleti körülményeket.

A laboratóriumon belüli preanalitikai fázis

1. Mintaátvétel és azonosítás:

A minták és a hozzájuk tartozó vizsgálatkérőlapok betegenként, lezárt zacskókban vagy ahol a mintaszortírozás gépileg megoldott, mintavételi állványokban érkeznek a laboratóriumba. Néhány laboratórium rendelkezik csőpostarendszerrel, ott a vérrel telt csövek speciális kapszulákban közlekedve érik el a laboratóriumot. A sürgős minták kezelése a gyorsabb leletátfordulási idő érdekében a rutin mintáktól általában eltérően történik. Mintaátvétel során a mintavételi csöveken szereplő betegalapadatokat ellenőrizni kell, továbbá a mintavételi csöveken szereplő betegadatokat össze kell vetni a mintavételi csövekhez tartozó vizsgálatkérő lapon szereplő betegadatokkal. A minta azonosítása kötelező. Ehhez legalább 2 különböző azonosító szükséges, azaz a beteg neve a vérvételi csövön önmagában nem elegendő a mintaazonosításhoz. Fontos megemlíteni, hogy a mintaazonosításból származó hibák utólag a legtöbb esetben nem korrigálhatók. Gyakori hiba, hogy mintaátvétel során a minta és a hozzátartozó vizsgálatkérő lap nem társítható össze egyértelműen. Ilyen esetben a beküldőtől új mintát és/vagy kérőlapot kell kérni. A nehezen nyerhető, nem stabil vagy megismételhetetlen mintavétellel nyert, betegazonosítás szempontjából problémás minta esetében a részlegvezető vagy az ügyeletes diplomás egyedi esetként kezeli a helyzetet, és a leletet ellátja a szükséges megjegyzéssel.

2. A minta minőségének ellenőrzése:

Első vizuális ellenőrzés alatt a mintavételi csövek megfelelő töltöttségének és a véralvadásgátlót tartalmazó mintavételi csövekben a minta alvadékoságának ellenőrzését értjük. A mintavételi csövek megfelelő töltöttségére jó példa a kék kupakos, citrát adalékanyagot tartalmazó mintavételi cső. Normális töltöttség mellett a csőben a vér és a véralvadásgátló térfogataránya 1:9 (citrát:vér). Ha kevesebb vért vesznek a citrátos csőbe, akkor a véralvadásgátló relatív koncentrációja nő, így az Aktivált Parciális Tromboplastin Idő (APTI) és a Protrombin Idő (PI) megnyúlik (különösen, ha a citrát: vér arány kisebb, mint 1:7). *Második vizuális ellenőrzés* alatt a centrifugálással nyert szérum és/vagy plazmaminta mennyiségének, valamint a szérum és/vagy plazma állapotának ellenőrzését értjük.

3. Minta előkészítés, mintakezelés:

A vérmintát legtöbbször az analízishez centrifugálni kell, mivel a laboratóriumi mérések többségéhez szérumot vagy plazmát használunk. A minta laboratóriumi előkészítése során előforduló hibalehetőségek: a) a teljes alvadás előtt végzett centrifugálás (szérumminta), melynek hemolízis és/vagy fibrinszál kiválás lehet a következménye; b) a fagyasztott minta kiengedése után nem megfelelő keverés félrevezető eredményeket okozhat (fagyasztás során koncentráció-grádiens alakulhat ki); c) a minta tárolása során történik hiba (pl. leázik, megsérül a mintaazonosító).

4. Minta tárolása:

A szérummintát legtöbbször +4°C-on maximum 8 napig vagy -20°C-on maximum 1 hónapig lehet tárolni. A plazma csak -20°C-on tárolható. A tárolás során figyelemmel kell lennünk a mérendő analit stabilitására. A hematológiai mintákat és a vizeletet nem szabad hűtve tárolni.

5. Minta továbbítása más laboratóriumba:

A mintát az eredeti vizsgálatkérő lappal, megfelelő mintavételi csőben (pl. primer csőben vagy jól beazonosítható szekunder aliquot csőben) kell továbbítani más laboratóriumba.

6. Leletközlés:

A beteg mintájából végzett vizsgálati eredmények ellenőrzését (validálását) és szükség esetén véleményezését követően áll össze az eredmények halmaza laboratóriumi leletté, ami azután továbbításra kerül a kérő orvos felé. A leletközlésnél fontos definiálni, hogy mikor utasítható vissza a vizsgálatkérés. Ha a minta alvadékos vagy hemolizált, nem megfelelő és/vagy elégtelen a mennyisége, a vér nem a vizsgálathoz szükséges csőbe lett levéve, nem volt megfelelő a tárolás és/vagy szállítás, azonosítási bizonytalanság (az azonosító címke olvashatatlan, eltérő a név a csövön és a kérőlapon) és/vagy elégtelen a jelölés (pl. sorozatvizsgálatok) esetében a vizsgálat(ok) elvégzése visszautasítható. Az indokot minden esetben fel kell tüntetni a leleten. A laboratórium a beküldővel konzultál a hiányok utólagos pótlásáról, új minta és/vagy rendelés küldéséről. A beküldő oldaláról eljáró személy neve az informatikai rendszerben és/vagy kérőlapon rögzítésre kerül. Az utólag küldött minta érkezésének időpontját rögzíteni kell az informatikai rendszerben és/vagy kérőlapon, ha a mintát nem kíséri új rendelés.

Felhasznált irodalom

1. Guder W.G. et al.: Samples: From the Patient to the Laboratory. GIT Verlag GmbH, 1996.
2. John F.C.: Vérvételi eljárások. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2010.
3. Rick W.: Klinikai laboratóriumi diagnosztika. Springer H. Kiadó Kft., Budapest 1992.

Sütő Dávid: Interferáló tényezők hatása a laboratóriumi eredmények értelmezésére

Sütő Dávid klinikai kémikus, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet

Az orvosi döntések közel 70%-a a laboratóriumi leletek alapján történik, így a diagnosztikai biztonság érdekében fontos, hogy a laboratórium megbízható eredményeket, leleteket szolgáltatasson a gyógyító orvos számára. Interferáló tényezőnek tekintünk minden olyan anyagot, ami a vizsgálandó mintában jelen lehet, és a meghatározandó komponens mérését zavarhatja, ami abban nyilvánulhat meg, hogy meghatározás során (általában koncentráció vagy aktivitásmérés) az eredmény értékét pozitív vagy negatív irányban megváltoztathatja.

1. Az interferáló tényezők észlelése a laboratóriumi *preanalitikai* fázisban: A minta színe alapján és a beküldőtől származó információ alapján. *Teendők interferáló tényező esetében a laboratóriumi preanalitikai fázisban:* Minden mintát mintaérkeztetés után vizuálisan ellenőrizni kell. A minta állapotát dokumentálni kell a laboratóriumi informatikai rendszerben. A beküldőtől új mintát kell kérni, és a vizsgálatot nem szabad elvégezni, ha a zavaró hatás miatt klinikailag releváns eltérés várható a laboratóriumi eredményekben.

2. Az interferáló tényezők észlelése a laboratóriumi *analitikai* fázisban: A mérőműszer jelzi az interferenciát, méri az interferáló tényező szintjét. *Teendők interferáló tényező esetében a laboratóriumi analitikai fázisban:* Az interferáló tényezők által nem érintett vizsgálatok elvégzésre kerülnek. Az interferáló tényező által érintett vizsgálatokat előkezelés után vagy más vizsgálati módszer alkalmazásával szabad csak elvégezni.

3. Az interferáló tényezők észlelése a laboratóriumi *posztanalitikai* fázisban: A Laboratóriumi Informatikai Rendszer jelzi az interferenciát és mértékét az eredmények validálásakor. *Teendők interferáló tényező esetében a laboratóriumi posztanalitikai fázisban:* A minta állapotát és az interferencia által érintett vizsgálatokat fel kell tüntetni a leleten. Ha az interferenciát nem lehet kiküszöbölni, az eredményt nem szabad kiadni. Ennek tényét megjegyzésként jelezni kell a leleten csakúgy, mint az előkezelést, vagy ha a mérést olyan más analitikai módszerrel végeztük el, amire nem volt hatással az interferencia.

Az interferáló tényezőket két csoportra oszthatjuk: exogénra és endogénra.

Exogén interferáló tényezők pl. a beteg által szedett gyógyszerek, illetve a mintavételi csövekben található adalékanyagok.

A gyógyszerek hatását mint exogén interferáló tényezőt az alábbi példákkal jellemezhetjük:

1. Ha a beteg véralvadásgátlót kap (pl. Syncumar), akkor a mintájából mért Protrombin idő (PI) és az INR (Nemzetközi Normalizált Ráta) érték meg fog nyúlni.
2. Ha a beteg kis molekulású Heparin-kezelésben részesül, akkor a beteg Aktivált Parciális Tromboplastin Ideje (APTI) fog megnyúlni, vagyis a ténylegesnél hosszabb alvadási időt mérünk. Annak eldöntésére, hogy az APTI érték emelkedése valóban Heparin-terápia következménye, vagy a mintavételkor történt a Heparin-kontamináció, a Polibrénes Trombin idő mérésével lehet eldönteni.
3. A Clexane- vagy Aszpirinterápia hatására szintén az APTI idő fog emelkedni.
4. Ha a beteg orális fogamzásgátlót szed, akkor az alábbi laboratóriumi értékek változnak meg: a szérum vas, alfa1-antitripszin, GOT, GPT emelkedik, az albumin-koncentráció pedig csökken.
5. Antiepileptikumok szedése a GGT értéket emelheti meg.

Az adalékanyagra mint exogén interferáló tényezőre példa a lila kupakos kálium-EDTA véralvadásgátlót tartalmazó mintából a vérkép mérése.

1. A kálium-EDTA adalékanyag hatására thrombocyta-aggregátumok alakulhatnak ki a mintában a vizsgált betegek körülbelül 0,1%-ánál. Ilyenkor a hematológiai automata által kiadott thrombocytaszám a valódi értékéhez képest kisebb lesz. A kálium-EDTA hatásának igazolására vagy kizárására szükség van a kék kupakos nátrium-citrát véralvadásgátló anyagot tartalmazó mintából az ismételt thrombocytaszám meghatározására, illetve a vérkenet mikroszkópos vizsgálatára.

2. Egy 74 éves jól beállított Syncumar-terápiában részesülő férfinak a háziorvosa rendszeresen ellenőrizte az INR értékét. A betegnek rutin kémiai, hematológiai és vizeleteredményei korábban nem voltak, így a háziorvosa az előbb említett laborvizsgálatokat is megkérte a laboratóriumtól. Eredményei többnyire referenciatartományon belüliek voltak, de a triglicerid kissé emelkedett volt. A klinikai képbe nem illő laboratóriumi eredmények a következők voltak: kálium: 31,6 mmol/L (referenciatartomány: 3,5–5,2 mmol/L), kalcium: <0,05 mmol/L (referenciatartomány: 2,2–2,55 mmol/L), alkalikus foszfátáz: <1 U/L (referenciatartomány: <129 U/L). Valószínűleg az történt, hogy a lila kupakos kálium-EDTA-s csőből vért töltöttek át a sárga kupakos szérummintát tartalmazó csőbe. Az EDTA-s cső káliumtartalma abnormális, az étellel összeegyeztethetetlen koncentrációra emelte a szérum káliumértékét, a kalciumot pedig az EDTA megkötötte, ezért értéke mérhetetlenül alacsony lett. A laboratórium ilyen esetben eredményt nem ad ki, hanem ismétlést javasolt.

3. Egy 30 éves nőbeteg laboratóriumi eredményei a következők voltak: nátrium: 217 mmol/L (referenciatartomány: 136–145 mmol/L), kálium: 37,5 mmol/L (referenciatartomány: 3,5–5,2 mmol/L), kalcium: 0,5 mmol/L (referenciatartomány: 2,1–2,42 mmol/L). Lehetséges magyarázatok: a.) nátrium-fluorid/kálium-oxalát adalékanyagot tartalmazó szürke kupakos csőből mintát töltöttek át a sárga kupakos szérummintát tartalmazó csőbe. b.) Készülékre lehívott on-line munkalista esetében rossz pozícióba tették be a nátrium-fluorid/kálium-oxalátos szürke kupakos csövet. c.) Mintaátvételkor a fluoridos és a szérummintának megfelelő bárkódos címkéket egymással felcserélve ragasztották fel a mintavételi csövekre.

Endogén interferáló tényezők közé tartozik a hemolízis, lipémia és az icterus.

1. Hemolízis alatt a vörösvértestek, fehérvérsejtek és thrombocyták intracelluláris komponenseinek az extracelluláris folyadékba történő kiszabadulását értjük. A hemolízis típusai: a.) in vivo hemolízis: hipotónia által kiváltott vörösvértest-degradáció, csökkent vagy emelkedett nyomás mechanikai hatása miatt kialakuló in vivo hemolízis (például: katéter, szívbillentyű), immunológia, complement függő (antitest okozza, például: transzfúzió alkalmával) b.) in vitro hemolízis: mintavétel, szállítás, centrifugálás, hőmérséklet és kontamináció által kiváltott hemolízis.

A hemolízis detektálása lehet vizuálisan (a szérumban, plazmában szabad szemmel is látható, ha szabad hemoglobin-koncentráció: >30 mg/dL), vagy műszeresen (spektrofotometriás bikromatikus méréssel mértéke számszerűsíthető). Hemolízis hatására az extracelluláris térben (vérben) megemelkedik a kálium, LDH koncentráció, mivel ezek a komponensek az intracelluláris térből az extracelluláris térbe áramlanak. Ezen túlmenően a piros szín interferenciát okozhat az alkalmazott analitikai módszerrel. A hemolízis okozta interferencia kiküszöbölése: mintavételi eljárások standardizálása, mintavételt végzők rendszeres képzése, az alkalmazott vizsgálati módszer módosítása, más vizsgálati módszer alkalmazása, vizsgálatok elvégzése a minta előkezelését követően. A szérumot/plazmát nem

tekintjük hemolizáltnak, ha a hemoglobinkoncentráció <50 mg/dL (hemolízis index: 31). Hemolizált minta esetében a hemoglobinkoncentráció: >100 mg/dL (hemolízis index: 62).

2. A lipémia detektálása lehet vizuális megfigyeléssel (a szérumban, plazmában szabad szemmel látható a zavarosodás, ha a triglicerid koncentráció: >3,4 mmol/L, vagy műszeresen (abszorbancia mérés a turbiditás mértékének megítélésére >600 nm hullámhosszon). A lipémia okozta interferencia kiküszöbölése: vérvétel előtti étrendi előírások betartása: lipoproteinek kivonása a szérumból, plazmából előkezeléssel (ultracentrifugálás, extrakció, precipitáció). A lipémiát nem lehet elkerülni az alábbi betegségek esetében: nem gondozott diabetes mellitus, alkohol (etanol) fogyasztása, krónikus veseelégtelenség, hypothyreozis, pancreatitis, myeloma multiplex, primer biliaris cirrhosis, szisztémás lupus erythematosus, teljes parenterális táplálás, gyógyszerek (ösztrogén, szteroidok).

3. Az icterus detektálása lehet vizuálisan (nem elég érzékeny eljárás a bilirubinémia felismerésére) vagy műszeresen (abszorbancia mérés 405–505 nm között). Mechanizmus: elsősorban spektrális interferencia 400–540 nm közötti mérések esetében, ritkán kémiai interferencia pl. peroxidáz katalizált reakciókban. A bilirubin, koncentrációfüggően reakcióba lép az oxidáz/peroxidáz típusú metodikában képződő H_2O_2 -dal, ezért a H_2O_2 elbomlása miatt a segédreakcióként gyakran használt Trinder reakcióban a valósánál szisztematikusan alacsonyabb eredményeket kapunk az alábbi laboratóriumi paramétereknél: glükóz, koleszterin, triglicerid, húgysav. Emellett zavarja a karbamid és kreatinin meghatározást is. Az icterus okozta interferencia kiküszöbölése: a spektrális interferenciát mintavak mérésével lehet kiküszöbölni, a kémiai interferencia kizárása gyakorlatilag nem lehetséges.

Szérumindex alkalmazása:

Az automatikus szérumindex mérésével a felsorolt interferáló tényezők várható hatása a mért eredményekre számszerűen kifejezhető. A laboratóriumok jelentős részében a szérumindex minden szérummintából automatikusan meghatározásra kerül. Szérumindex mérése gyors, költséghatékony, mintaigénye minimális (8 μL), reagensként pedig mindössze fiziológiás sóoldatra van szükség. A szérumindex táblázat alkalmazásával lehetővé válik az interferáló tényezők objektív megítélése. A laboratóriumi eredményeket validáló diplomások egységesen döntenek arról, hogy a szérumindex alapján kiadható-e a laboratóriumi eredmény vagy nem. Ezáltal a laboratóriumi eredmények megbízhatóak lesznek a kezelőorvos számára még abban az esetben is, ha valamely interferáló tényező jelen van a mintában.

Felhasznált irodalom

1. Guder W. G. et al.: Samples: From the Patient to the Laboratory. GIT Verlag GmbH, 1996.
2. John F.C.: Vérvételi eljárások. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2010.
3. Rick W.: Klinikai laboratóriumi diagnosztika. Springer H. Kiadó Kft., Budapest, 1992.

Lókiné Farkas Katalin: Posztanalitikai folyamatok az orvosi laboratóriumban, az eredményközlés felelőssége, autovalidálási folyamatok

Lókiné Farkas Katalin vegyész, SZTE ÁOK KK, Laboratóriumi Medicina Intézet

Diplomás validálás során a kollégák egyéni szaktudásuk és tapasztalataik alapján értékelik a leletet, figyelembe véve a leleten szereplő, klinikailag összefüggő paramétereket és a beteg korábbi eredményeit. Autovalidálásról akkor beszélünk, ha a diplomás kolléga helyett a Laboratóriumi Informatikai Rendszer (LIR) hasonlítja össze a leleten szereplő paramétereket a beteg előző eredményeivel, meghatározott időintervallumon belül, előre definiált döntési algoritmus segítségével, rögzített döntési határok alapján (delta-check).

Az autovalidálás bevezetésének munkafolyamatai:

1. LIR alkalmasságának vizsgálata

Az autovalidálás bevezetésekor első lépésként meg kell vizsgálni, hogy a meglévő informatikai rendszer alkalmas-e az autovalidálás bevezetésére. Bizonyos LIR-ek fel vannak készítve az autovalidálásra, de léteznek autovalidáló szoftverek is, amelyek illeszthetők a LIR-hez.

2. Analitikai kritériumok (1)

A továbbiakban ellenőrizni kell a laboratórium analitikai teljesítményét a külső és belső kontrollok alapján.

A vizsgálati paraméterek torzítása (Bias) kisebb a csoport teljes biológiai variabilitásnak egynolcadánál):

$$B_a < 0,125 \times (CV_i^2 + CV_g^2)^{1/2}$$

CV_i – Egyénen belüli biológiai variabilitás (2)

CV_g – Csoporton belüli biológiai variabilitás (2)

Analitikai variabilitás nem lehet nagyobb az egyénen belüli biológiai variabilitás felénél

$$CV_a < 0,5 \times CV_i$$

CV_a – Analitikai variabilitás (analitikai variációs koeficiens)

$$CV_a = \text{szórás} \times 100 / \text{átlag}$$

3. Delta-check határértékek megadása

Meg kell határozni az egyes paraméterekre jellemző delta-értékeket, melyre jó közelítéssel alkalmas a kritikus differencia (KD):

$$KD = 2^{1/2} \times Z \times (CV_a^2 + CV_i^2)^{1/2}$$

Z – Z-pont (standard normál eloszlás):

- kétirányú változást feltételezve (\pm)
- 95%-os valószínűséggel állítható, hogy a két összehasonlított érték eltérése klinikailag jelentős. Értéke: 1,96
- 99%-os valószínűséggel állítható, hogy a két összehasonlított érték eltérése klinikailag különösen jelentős. Értéke: 2,58

A $2^{1/2}$ szorzóra azért van szükség a képletben, mert két különböző mérési eredményt hasonlítunk össze, amelyekre ugyanaz a biológiai és analitikai variabilitás érvényes.

Kritikus differencia alkalmazhatóságával kapcsolatban felmerülő problémák oka az intraindividuális biológiai variabilitásban rejlik:

- A CV_i egészséges populációra számított érték, ezért az ál-pozitív delta-check hiba gyakoribb lehet.
- A CV_i gaussi eloszlást feltételez, ami azt jelenti, hogy nincs kölcsönhatás az egymást követő eredmények között, ez ál-negatív delta-check hibához vezethet.

4. Paraméterek beállítása az informatikai rendszerben

Bár az informatikai rendszer paraméterezése inkább az informatikusok kompetenciájának tűnik, ezt a munkafolyamatot is ajánlott egy laboratóriumi szakembernek felügyelni.

5. Optimalizálás és az aktuálisan működő validáló rendszerrel való összehasonlítás

A delta-értékek optimalizálása paraméterezéssel párhuzamosan zajló munkafolyamat. Elsősorban statisztikai elemzések segítségével megvizsgáljuk, hogyan alakul egy adott paraméterre nézve naponta az autovalidált eredmények száma, a fentiek alapján számolt delta-értékek esetén, egy alap autovalidálási döntéshozatal alkalmazásával, egyhetes időintervallumra nézve. Ezekből a statisztikai eredményekből látható, hogy:

- Kell-e módosítani a delta-értéket? Ha igen, milyen irányban?
- Kell-e módosítani az időintervallumot? Ha igen, milyen irányban?
- 95 vagy 99%-os valószínűségnél meghatározott delta-értékeket kell használni?

Tapasztalataink azt mutatják, hogy a legtöbb esetben nincs nagy különbség statisztikailag a két valószínűségre számolt delta-értékek között, de szakmai szempontból adott esetben pontosabb lehet a két valószínűségnél használt delta-érték együttes alkalmazása. Ezért az új módszert, bevezetése előtt össze kell hasonlítani, vagyis az autovalidáló rendszert a validáló diplomás kollégák döntésével. Egy szubjektív és objektív rendszer nehezen hasonlítható össze, így tökéletes egyezés nem is várható el. Az új, objektív rendszerrel szemben támasztott kritérium, hogy ne legyen engedékenyebb, mint a régi. Erre laboratóriumunkban kidolgoztunk egy statisztikai alapokon nyugvó összehasonlítási eljárást, melynek a lényege a következő:

1. A fent említett statisztikai elemzések alapján kiválasztunk egy napot, amikor a mintaszám átlagosnak mondható.
2. Ezen a napon az adott paraméterre készítünk egy statisztikát, hogy melyek azok az eredmények, melyek értékelhetőek voltak a delta-check szempontjából. (Azokra az eredményekre, amelyeknek nem volt előzménye a meghatározott időintervallumon belül, az autovalidáló rendszer a referenciatartományra támaszkodik.).
3. Mivel a diplomás validáláskor a kollégának a döntéshozatalhoz jóval több (más jellegű) információ áll rendelkezésére, a statisztikát kiterjesztettük a vizsgált paraméterrel kapcsolatos szervrendszert jellemző, azzal összefüggő egyéb vizsgálati paraméterekre is.

4. A statisztika által számított delta-eltérések alapján előszűrést alkalmazunk, és csak azokat a paramétereket választjuk ki az összehasonlításhoz, amelyek a delta döntési határokhöz közel esnek (számértéktől függően, ± 5 vagy $\pm 10\%$).
5. A táblázatban feltüntettük az aktuális eredmény mellett az előző eredményt, az időbeli eltérést a két mérés között, valamint a referenciatartománytól való eltérést, mind az aktuális, mind az előző eredményre nézve.
6. Kollégáink értékelték a fenti módon kapott eredményeket, a rendelkezésre álló információk alapján. A kérdés az volt, hogy autovalidálttá tenné-e az adott eredményt vagy sem. Az így keletkezett döntéseket átlagoltuk, és összehasonlítottuk az autovalidáló rendszer döntésével.
7. Ily módon lesznek az autovalidálási rendszerrel egyező, az autovalidálási rendszernél megengedőbb és az autovalidálási rendszernél szigorúbb ítéletek. Ha a kollégák nem hoztak egyértelmű döntést a kérdésben, azaz ugyanannyi számú kolléga voksolt megengedőbben vagy szigorúbben, mint ahányan egyeztek az autovalidáló rendszer döntésével, megosztó esetekként regisztráltuk. Az eredményeket kördiagramon ábrázoltuk.
8. A kördiagramokból kiderült, hogy a validáló kollégák döntései milyen mértékben egyeznek az autovalidáló rendszer döntéseivel. Ha az egyezés 70% körüli, és a szigorúbb döntések aránya nem haladja meg a 10%-ot, akkor statisztikailag elfogadhatónak mondható a delta-értéke.
9. A megosztó eseteket az alábbiak szerint csoportosítottuk:
 - a. Inkább szigorú
 - b. Inkább megengedő
10. A megosztó esetek okát mindenképpen fel kell tární. Ha a megosztó esetek száma meghaladja az 50%-ot, az eseteket nyilvános vitára bocsátottuk a kollégák között.
11. Ha a szigorú döntések aránya meghaladta a 10%-ot, akkor meg kell vizsgálni ennek okát. Amennyiben a szigorú döntések háttérében konzekvensen, minden értéktartományig a túl magas delta-érték áll, az értékét csökkenteni kell. Ha a szigorú döntések háttérében nem a magas delta-érték áll, akkor az autovalidálás döntési algoritmusát kell módosítani.
12. Ha a validáló kollégák jelentősen engedékenyebbek (egyezés 50% körüli, a megengedők száma 30%-nál magasabb, nincsenek szigorú és megosztó esetek, inkább megengedők), akkor a delta-értéket növelhetjük.
13. A delta-érték megváltoztatásának mértéke a meglévő adatok alapján statisztikai módszerekkel kikövetkeztethető.

6. Tesztelés

Ha a delta-check értékeket statisztikai szempontból megfelelőnek találjuk, tesztelni kell az éles rendszerben. Legalább három hónapig figyeljük a delta-check jelzéseket a diplomás validálás során. Ha nem értünk egyet a gép döntésével, ki kell vizsgálni az esetet, és meg kell tenni a szükséges intézkedéseket.

7. Ellenőrzés

Legalább két évente – ilyen ütemben frissítik a Westgard honlapon a biológiai variabilitás értékeket –, de módszerváltás esetén mindenképpen le kell ellenőrizni az autovalidált paraméterhez beállított delta-értékek relevanciáját.

Felhasznált irodalom

1. Fraser C.G.: Biological Variation From Principles to Practice. AACC Press, Washington DC, 20037-1558, 2001.

2. Desirable specifications for total error, imprecision, and bias, derived from intra- and inter-individual biologic variation. <http://www.westgard.com/biodatabase1.htm> Elérés ideje: 2011.09.20.

Dr. Sántháné Dr. Araczkai Ágnes: Pre- és posztanalitikai folyamatokban alkalmazott minőségi indikátorok jelentősége

Dr. Sántháné Dr. Araczkai Ágnes laboratóriumi szakorvos, Szegedi Tudományegyetem ÁOK Kk Laboratóriumi Medicina Intézet

Az egészségügyi szolgáltatásokkal szemben, beleértve az orvosi laboratóriumi szolgáltatásokat is, alapvető elvárás, hogy a lehető legmagasabb szinten elégítsék ki a betegek igényeit, és segítségükkel a lehető legnagyobb egészségnyereség legyen elérhető a lehető legköltséghatékonyabb módon. A szolgáltatások eredményességének mérésére szolgálnak az ún. minőségindikátorok, melyek lehetnek struktúra-, folyamat- és eredmény- (outcome) indikátorok. A jó minőségi indikátor főbb ismérvei: egyértelmű, mérhető, megbízható, lehetőleg bizonyítékokon alapuljon, elfogadható és a gyakorlatban könnyen monitorozható legyen. Az előzőeken kívül a minőségi indikátorok akkor igazán jók, ha olyan tevékenységet mérnek, melyek kulcsfontosságúak az ellátás szempontjából, és amelyek kapcsán az esetlegesen helytelen szakmai gyakorlat megváltoztatható, továbbá segítségükkel különböző szolgáltatók tevékenysége is összehasonlíthatóvá válik (ún. benchmarking). A minőségindikátorok alapján minőségcélok fogalmazhatók meg és a minőségfejlesztés lényege, hogy az indikátorok folyamatos nyomon követésével a célok egyre magasabb szolgáltatás irányába változzanak.

Az egészségügyben megfigyelhető költségrobbanás miatt az egészségügyi ellátás igen költségessé vált. A minőségi szolgáltatások drágák, DE a nem megfelelő minőségű szolgáltatások hosszú távon kevésbé költséghatékonyak, tehát még drágábbak.

Mi a minőség?

Kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amelynek jellemzői a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelelnek a jótékony hatás maximalása és az egészségkockázat minimalizálása iránt támasztott elvárásoknak. (WHO 1993)

Donabedian szerint a minőség struktúra, folyamat, eredmény összhangja:

5M: Man - munkaerő

Machines - műszerek
Methods - módszerek
Materials - eszközök
Management - vezetés

A minőséget értelmezhetjük különböző nézőpontokból: páciens, egészségügyi személyzet, szakmai szervezetek, fenntartó/tulajdonos, hatóság (ÁNTSZ), finanszírozó (OEP).

A minőség mérésének egyik módszere a minőségi indikátorok fejlesztése. A minőségi indikátor olyan mennyiségi mutatószám, amely az egészségügyi ellátás valamely dimenzióját méri, és segítségével az ellátás minősége monitorozható és értékelhető.

Miért indult az indikátorprogram?

- Előzmény: Indikátorok az egészségügyben
- Minőségi indikátorok az orvosi laboratóriumokban

Mire használhatók a kapott eredmények?

- Nemzetközi tendencia és elvárás
- Törekvés az átláthatóságra
- Vásárlói szerep erősítése
- Szolgáltatói és szakmai igény

Milyen a jó minőségindikátor?

Az adatok tényleges hozzáférhetősége a legelső minőségi kritérium. Ha egy adott mutató hozzáférhetetlen, akkor gyakorlatilag nem alkalmazható. Az indikátor legyen megbízható, azaz valós állapotot tükrözzön. Az információ frissessége nagyon fontos minőségi kritérium, azaz egy adott időponthoz kötött indikátornak valóban arra az adott időpontra vonatkozó információt kell mutatnia. A mutatónak relevánsnak kell lennie, azaz a projekt azon jelenségét kell mérnie, ami érdekes a program egésze szempontjából. A jó mutatónak meghatározottnak kell lennie, hogy bárki, akinek használnia kell, megértse és valóban arra a jelenségre vonatkozzon, amit mérni szeretnénk. A mutató értelmének, jelentésének azonosnak kell lennie a döntéshozók, a nyilvánosság és a projekt-menedzsment számára, pontosan kell tükröznie a mért, vizsgált fogalmat.

Indikátorok az orvosi laboratóriumban:

- Laboratóriumi szolgáltatás, kiegészítő szolgáltatás szintjén: telephelyek száma, akadálymentesítés, beavatkozások száma, díjfizetés gyakorlata, intézeti honlap.
- Betegjogok szintjén: betegtájékoztató (jogi, adatkezelési, szakmai), panaszkezelés (panaszláda, eljárás, panaszok száma, elemzésértékelés).
- Minőségügy szintjén: tanúsítás, akkreditálás, minőségirányítási rendszer (MIR) a kórházban, MIR fejlesztése.
- Gazdálkodás, kontrolling szintjén: a laboratóriumban, központilag, terv-tény elemzések.
- A betegirányítás, előjegyzés, várakozás indikátorai: információs tábla, pult, személyzet, ügyfélfelvétel, előjegyzés ideje, száma, tarthatóság.
- A betegelégedettség indikátorai: felmérés, hányan töltötték ki, összefoglaló jelentés, elérhető-e a honlapon.
- Dolgozók helyzetének indikátorai: létszám, szakképzettek aránya, dolgozói elégedettség felmérése, juttatások, továbbképzési terv.

Az SZTE Laboratóriumi Medicina Intézet kidolgozott egy 30 elemből álló indikátorrendszert, mely kiterjed a laboratóriumi munkafolyamatok mindhárom – azaz preanalitikai (18 indikátor), analitikai (5 indikátor) és posztanalitikai (7 indikátor) – fázisára. Az indikátorrendszer kialakításakor igyekeztünk specifikálni a minőségindikátorok legfontosabb jellemzőit, megadni a mérendő mutatót és mértékegységét, az indikátor számításához szükséges főbb specifikációkat és szempontokat, az indikátor javasolt mérési gyakoriságát, időtartamát és célértékét, ill. akkreditálási standardoknak való megfelelését.

A kifejlesztett indikátorrendszer elemeit megvizsgálva megállapítottuk, hogy többségük pontosan definiált, jól mérhető, egy részük azonban a gyakorlatban nehezen kivitelezhető, vagy a munkafolyamat minőségének mérése szempontjából nem használható.

A következőkben néhány gyakorlati példát szeretnék ismertetni. A preanalitikai fázis indikátorai közül hasznos lehet időről időre megvizsgálni, hogy pl. a kérőlapokon milyen arányban hiányzik diagnóziskód, a beküldő elérhetősége, mely szükség esetén a konzultációs tevékenységet nagyban elősegítheti. Ha ez az arány túl nagy, különböző fórumokon, képzéseken fel lehet hívni a beküldők figyelmét ennek fontosságára. Ugyanígy hasznos lehet megnézni az ún. „hibás” minták arányát (alvadékos, haemolizált, nem jelleg vett minták, illetve nem megfelelő edényben érkezett minták), mert a mintavételi oktatásokon ezekre nagyobb hangsúlyt lehet fektetni.

Szintén lehet vizsgálni a mintavételi telephelyeken a betegek várakozással töltött idejét, mivel ennek hossza erősen befolyásolja a laboratórium megítélését, a betegek elégedettségét. Munkaszervezéssel ezen is meg kell próbálni javítani.

Az analitikai fázis minőségét sok más egyéb mellett (módszervalidálás, műszerkarbantartás, belső minőség-ellenőrzés) jól jellemzi a külső jártassági programokban való eredményesség. E folyamat során havi vagy negyedéves időközökben egy központilag küldött ismeretlen mintából mért értékek alapján ítélik meg a laboratórium mérési pontosságát. Ezeket az eredményeket folyamatosan követve időben észlelhető, ha valamelyik műszerrel vagy metodikával probléma van.

A laboratóriumi szolgáltatást igénybevevők szempontjából talán legfontosabb indikátor, hogy milyen gyorsan nyújt eredményt a laboratórium, azaz milyen a turn around time (TAT), más néven leletátfordulási idő. Ezen általában a minta laborba érkezésétől az utolsó leleten szereplő eredmény elkészültéig mért időtartamot értjük. Fontos monitorozni, mert egyrészt ellenőrizni kell, hogy a laboratórium által vállalt leletközlési idő teljesül-e, másrészt szem előtt kell tartani, hogy a laboratórium megítélését ez az idő nagyban befolyásolja.

A kidolgozott indikátorrendszerrel a laboratóriumi munkafolyamatok minősége ellenőrizhető, az eltérések kimutathatók és értékelhetők. A tevékenység mérése és értékelése alapján létrejöhet a laboratóriumi szolgáltatás folyamatainak fejlesztése, szabályozása. Mindez a minőség javítására irányul. Jelen anyagunkban a teljesség igénye nélkül, csupán kiemeltünk a kifejlesztett indikátorrendszerből néhány, a gyakorlatban jól használható minőség indikátort, melyek alkalmasak lehetnek arra is, hogy különböző laboratóriumok munkáját összehasonlíthassuk.

Felhasznált irodalom

1. Országos Egészségbiztosítási Pénztár/szakmai oldalak/Minőségi indikátorok.
www.oep.hu Elérés ideje: 2011.09.20.

Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése

Dr. Németh Anikó: Sebek típusai, a sebgyógyulás folyamata

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Sebről akkor beszélünk, amikor a bőr vagy nyálkahártya folytonossága megszakad valamilyen külső ártalom következtében. A sebzést kiváltó tárgy tulajdonságaitól (éles, hegyes, tompa), a behatás erejétől és irányától függ a keletkezett seb tulajdonsága, a vérzés mennyisége. A szövetsérülés fokától függően megkülönböztetünk egyszerű és szövődött sebeket. Az **egyszerű sebek** csak a bőrre vagy a bőr alatti zsírszövetre terjednek ki. **Szövődött sebek** esetében a mélyebben fekvő szövetek és szervek is sérülnek (pl. izomzat, belső szervek). Minden sebzés fájdalommal, vérvesztéssel és fertőzésveszéllyel jár.

Akut és krónikus sebek léteznek. Az **akut sebeknek** két típusa van, a kémiai (savak, lúgok által okozott sérülés) és a mechanikai (szúrt, metszett, vágott, harapott, lőtt, zúzott, szakított sebek, valamint az égés és a fagyás) sérülések. A **krónikus sebek** közé a fekély és a decubitus tartozik. A továbbiakban ezen sebtípusok bemutatása következik.

A **savmarás** pörkképződéssel járó szövetelhalást okoz. Okozhatja kénsav, sósav. A **lúgmarás** (pl. nátronlúg, káliklór) szövetlágulással járó szövetelhalást okoz, mely a savmarásnál súlyosabb, mélyebbre terjed. A seb szétfolyó, puha, kenőcsszerű szövetekkel borított.

A **szúrt sebet** hegyes eszköz okozza. Lehet behatoló, amikor a sebnak csak bemeneti nyílása (behatolási kapu) van, az eszköz vége a testben végződik. Lehet áthatoló is, amikor van kimeneti nyílás is (a szúrást okozó tárgy hegyes vége látszik). A behatolási kapu a szúrásatornában folytatódik. A fertőzés veszélye igen nagy, mivel a sérülést okozó tárgy lehet szennyezett, illetve a szennyezett testfelszínről idegen testet, szennyeződést sodorhat be a seb mélyébe. Az ilyen seb kifelé alig vérzik, viszont ha nagy ér sérült, akkor a vérzés kifelé is jelentős. A sebzést okozó tárgy tamponálja a nagy ereket, ezért nem tanácsos azt eltávolítani a sebből. A szúrás behatolhat a mell- és hasüregbe is, ahol jelentős vérgyülem alakulhat ki életveszélyes állapotot okozva.

A **metszett sebet** éles, ék keresztmetszetű tárgy (pl. kés) okozza. A sebzést okozó eszköz a testfelszínnel párhuzamosan mozdul el (húzás).

Vágott seb esetén a sebzést okozó eszköz a testfelszínre merőlegesen hat (nyomás). Mindkét esetben a sebszélek élesek, simák, kifejezett vérzés tapasztalható, mely az esetleges szennyeződéseket kimossa a sebből, éppen ezért a fertőzés ritka. A fájdalom a sérült testtájéktól függ.

A **zúzott sebet** tompa tárgy okozza préselés, nyomás, ütődés által. A tompa erő hatására a szövetek folytonossága megszakad, tátongó, egyenetlen szélű, alig vérző seb keletkezik. A fertőzés veszélye igen nagy. A zúzott sebek csoportjába tartozik a *horzsolás*, melyet a bőr felületével párhuzamos, kismértékű erőbehatás okoz. Csak a bőrfelület sérül. *Roncsolás* esetén durva erőbehatásra a mélyebb szövetek is károsodnak. *Amputációról* pedig akkor beszélünk, ha a nagy erő behatására a végtag vagy annak egy része leszakad.

A **harapott seb** a szúrt és zúzott seb kombinációja, állati és emberi harapás okozhatja. A seb tátongó, nagy fájdalommal jár. A fertőzés veszélye igen nagy a szájból lévő baktériumok miatt.

A **lőtt sebet** lőfegyverek lövedéke okozza. Közvetlen közeli lövésnél a lőpor égési és robbanó hatása, közeli lövésnél a robbanó hatás, nagy távolságból leadott lövésnél a lövedék által kifejtett hatás érvényesül (csak egy lyuk látszik). A sérülés lehet behatoló és áthatoló. A bemeneti és kimeneti nyílást a löcsatorna köti össze. A lövedék a szövetek között lelassul, a test szöveit maga előtt tolja, mely fokozza a roncsolás mértékét. Ezért, ha van kimeneti nyílás, akkor az mindig nagyobb, mint a bemeneti. A fertőzés veszélye igen nagy.

A **szakított seb** hirtelen nagy húzóerő következménye. Ilyen eset, amikor lendkerék, gépszíj kapja el a végtagot. Tátongó, nagy sebfelület keletkezik, nagy fájdalommal jár, és a fertőzés veszélye is nagy, a vérzés csekély.

Az **égés** származhat közvetlen lángtól, forró tárgy érintésétől, forró folyadéktól és gőztől, elektromos áramtól, napsugárzástól. *Elsőfokú* égésnél a bőr legfelső rétege károsodik. A bőr vörös, duzzadt, fájdalmas, a bőrredők elsimulnak. *Másodfokú* égésnél a bőr valamennyi rétege károsodik, víztiszta, majd zavaros bennéki, szabálytalan alakú hólyagok keletkeznek. Az égett felület vörös színű. *Harmadfokú* égésnél a bőr szintén hólyagos, de a hólyagok nagyobbak, és közülük több reped meg. Az égett felület piszkosszürke színű, szövetelhalás jellemzi. *Negyedfokú* égésnél a szövetek elszenesednek.

A **fagyás** fagyos, száraz és szeles környezetben következik be. *Elsőfokú* fagyás esetén a bőr elfehéredik, zsibbad. *Másodfokú* fagyás esetén a bőr elkékül, hólyagok keletkeznek. A *harmadfokú* fagyást viaszos bőrfelület és véres hólyagok jellemzik. *Negyedfokú* fagyásnál a bőr márványos színű, fa keménységű, majd kékre, ez után bíborszínűre változik.

A **fekély** egy szövethiány, mely az elhalt szövetek lelöködése után keletkezik. Létrejöhet a bőr és a nyálkahártyák felszínén is. Az elhalást okozhatja fagyás, égés, maróanyag, sugárzás és vérkeringési elégtelenség (pl. lábszár-, gyomorfekély) is. A **decubitus** (nyomási fekély) a bőr és a bőr alatti szövet sérülése hosszantartó nyomás, nyíróerő, súrlódás hatására.

A sebek típusainak ismertetése után szükséges áttérni a sebgyógyulás folyamatának ismertetésére. Beszélhetünk elsődleges és másodlagos sebgyógyulásról.

Az **elsődleges sebgyógyulás** (sanatio per primam intentionem) során a seb résmentesen, minimális kötőszövettel gyógyul. Három szakasza van. Az *első szakasz* (gyulladás) a sérülés utáni 2-3 nap alatt zajlik. Bőrpír, duzzanat, melegség, érzékenység figyelhető meg. Macrophagok és granulocyták érkeznek a sebbe a vérárammal, és eltüntetik a sejtörmelékét és a baktériumokat. A sebet véralvadék tölti ki védve így a kiszáradástól és a fertőzéstől. Megkezdődik a fibrinképzés, mely a seb mechanikai és biológiai vázát képezi. A *második szakasz* (proliferatio) a sebzést követő 4-7. napon zajlik. Fibroblast- és granulatiós szövet figyelhető meg a sebben. A kollagén- és elastinrostok pedig a seb rugalmas vázát képezik. Ezek összessége a sarjszövetet alkotja, mely élénkpiros színű, nem vérzik. A *harmadik szakasz* a reparatio vagy hegesedés szakasza, mely a sérülést követő 8. napon kezdődik. Intenzív szálképződés jellemzi. A kollagénrost mennyiségétől függően a heg a bőrfelszínből kiemelkedő vagy a felszín alá süllyedő lehet. A heg kezdetben vörös, majd egyre világosabb lesz. A rostok összehúzódnak, ezáltal a heg kisebb és terhelhetőbb lesz. A heg nem tartalmazza a verejték- és faggyúmirigyeket, a szőrtüszőket és a pigmentsejteket.

A másodlagos sebgyógyulás (sanatio per secundam intentionem) során a seb kötőszövettel telik fel, mely heggé alakul. A gyulladás lehet bakteriális és abakteriális.

Felhasznált irodalom

1. Dienes CsE. (2009): A sebek klinikuma. <http://www.dienes.eoldal.hu/cikkek/ismertetok/sebek.html> Elérés ideje: 2009.03.04.
2. Marsden AK., Maffet C., Scott R.: Az elsősegély kézikönyve. SubRosa Kiadó, Budapest, 1993. p. 130–105. 129.
3. Marsi Z. (2014): Sebtípusok. <http://elsosegely.hu/cikk.457.sebtipusok> Elérés ideje: 2014.07.09.
4. Metzger P.: Sebekről. In: Gaál Cs. (szerk): Sebészet. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1997. p. 136–138.

Iryni Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei
Iryni Tamás egyetemi okleveles ápoló, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

Mielőtt a sebek kezelésének korszerű irányelveire rátérnénk, érdemes visszatekinteni az előző korokban alkalmazott sebészeti kezelésekre, hogy a mai gyógymódokat megfelelő módon tudjuk értékelni.

Az emberi csontvázleletek árulkodnak őseink betegségeiről és az akkori lehetséges gyógymódokról.

A félmillió évvel ezelőtt élt Homo erectus csontleleteit elemezve arra a megállapításra jutottak, hogy közöttük gyakori volt a fogszuvasodás, csonttörések és ízületi elváltozások. A csonttörések gyógyulásából arra következtettek, hogy bizonyos ellátásban részesültek e sebesültek.

Kr. e. 6 ezer körül a koponyán végzett műtét nem ritkaság az újkőkorban. A lékelés oka éppúgy lehetett gyógyászati, mint mágikus. A sebszék csontforradása azt bizonyítja, hogy a kőkorszaki páciensek igen sok esetben túléltek ezt a beavatkozást.

Afrika legbelső, civilizációtól érintetlen területén, a Viktória-tó mellett él az ababiri törzs. Egy osztrák expedíció 1959-ben járt ezen a vidéken. Kiderült, hogy ez a törzs a koponyalékelést szertartásszerűen üzi. Sok ezer év óta öröklődő mesterséggént valóságos specialistái vannak ennek a műveletnek, amely ugyanolyan módon történik, mint 30-50 ezer évvel ezelőtt. A beavatkozás egészen modern módon kezdődött. A gyógyító elmagyarázta a betegnek, hogy mi fog vele történni, majd egy kőrákásra leültették, leborotválták a fejét, majd hatan lefogták. A gyógyító egy késszerű eszközzel kör alakú nyílást vágott a koponyacsonton. A vért falevelekkel törölték le, majd a csaknem félórás műtét után ugyancsak falevelekből készült kötést helyeztek a sebre. Két nap két éjjel ültek mellette az ápolók, akik távoltartották tőle a legyeket és a rovarokat. Két nap múltán a „sebész” hideg vaját kent a sebre, és ezt többször megismételte több napon át. A beteg gyógyultan hagyta el a kunyhót, és egyben megszabadult a „rossz szellemtől”, és megszűnt a kínzó fejfájása.

Kr. e. 2670 és 2140 között az Egyiptomi Óbirodalom idején elterjedt a törött csontok sínnel való rögzítése, a törtrészek összeforrását elősegítendő. A fából készült síneket szorosan áttekert



teksztíliával rögzítették. A törések kezelésének másik módja ez idő tájt, hogy a törött rész helyzetétele után merev kötést alkalmaztak, amely liszt és méz felhasználásával készült. Ez a kötés, a száradást követően, merev tokot képezett, mint a gipsz.

Kr. e. 2300 és 2150 körül készült egyiptomi dombormű körülmetélést ábrázol. Mivel a körülmetélés templomban történik, pap hajtja végre. Az operáció eszköze kőkés. Ma sem egészen világos, milyen indítékok játszottak közre a circumcisio szokásának kialakulásánál. Hérodotosz szerint idézem: „Nemző tagjukat tisztaság kedvéért metszik körül, többre becsülve a tisztaságot a szépségnél.” Valószínűbb azonban, hogy vallási szertartás az igazi ok, mint a nőkön elvégzett csikló és a kis szeméremajkak levágása. Ez a beavatkozás máig fennmaradt Egyiptom és Szudán alsóbb néprétegeinél.

A világ legrégebbi kórtörténete – mely egy sumér agyagtáblán látható és az időszámításunk előtti 2150 körüli időből származik – pontos leírást ad az akkori sebkezelésről. Az orvosok kimosták a sebeket (nem úgy mint Egyiptomban), kenőcsöket és kötéseket alkalmaztak. A sebeket sörben vagy forró vízben fürösztötték, a kenőcsök készítéséhez használtak pl. finomra tört fenyőt, szilvát, gyíkcsékletet. Ismerték a desztillációt, cédrus és más illóolajok kivonására használták.



Valószínűleg Babilóniában szabályozták először törvényben az orvosok tevékenységét. Kr. e. 1695 körül készült Hammurábi törvénykönyve. Tizenkét törvény sorolja fel, hogy egy-egy tevékenységért mit kell fizetni az orvosnak, és azt, melyek az orvos teendői. Idézem: „Ha nagyobb műtétet hajtott végre az orvos egy nemes emberen és bronz lándzsájával megmentette életét, 10 ezüst sékelt kell kapnia.” (10 sékel egy asztalos másfél évi keresete volt). A jó fizetség azonban nagy kockázattal párosult, miszerint: „Ha egy orvos nagyobb műtétet hajtott végre egy nemes emberen, és azzal a nemes halálát okozta, le kellett vágni a kezét.” Ha ez a törvény ma még érvényben lenne, igen sok félkarú orvossal találkozoznánk.

Kr. e. 500 és Kr. u. 400 között a mediterrán országokban szinte mindenütt Aszkléposzhoz, a gyógyítás istenéhez, fohászkodtak a betegek. Az akkori orvosok nem győzték hangsúlyozni a tisztaság fontosságát. A sebeket is csak szondával vizsgálták. Betegeiket alaposan kikérdezték a tüneteikről, igyekeztek mindent megtudni életükről és környezetükről, aminek szerepe lehetett egészségi állapotuk alakulásában. A sebellátás során növényi, ásványi eredetű anyagok keverékét használták, továbbá antiszeptikus tulajdonságokkal rendelkező ecetet és bort. Felismerték, hogy a gyógyulásban fontos szerepük van a lelki tényezőknek is. Ezek a módszerek a görög civilizáció letűnésével a 15. századig feledésbe merültek. Szorítókötséget tettek a sebekre. Sajnos ezek a kötések rendkívül szorosak voltak. A gennyképződést úgy tekintették, mint a nyálka kiürülésének nagyon kedvező voltát. Még vérző betegről is vért bocsátottak le, hogy eltávolítsák a felesleges nedveket.

Kr. u. 25-35 körül Aulus Cornelius Celsus, római író elsőként említi az elhomályosult szemlencse műtéti gyógyítását.

Scribonus Largus I. századi római orvos egy receptgyűjtemény összeállítója, amelyben többek közt a mákgubóból való ópiumkészítést is leírja.

Antüllosz (Kr. u. 100 körül) leírja a légszűrészt, a hályogeltávolítást, a gégefőbe való csőbevezetést és az izzó vassal, valamint érlekötéssel való vérzéscsillapítást.

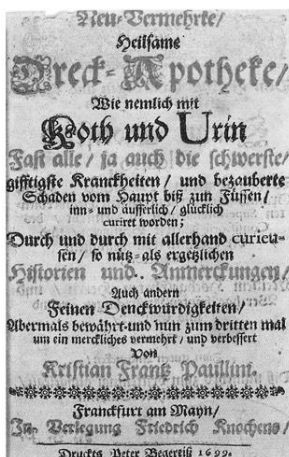
III. század. Az indiai Szusruta művében beszámol az orrpótlásról. India orvosainak a plasztikai sebészet terén nagy tapasztalataik voltak, hiszen nagy igény volt rá. Sokan szerettek volna a megbélyegző nyomtól szabadulni, akiknek hűtlenség vétke miatt, ősi szokás alapján levágták az orrát, ajkát vagy fülét. A pótlásnál az orvos egy nyeles, levél formájú lebenyt vágott ki a homlok bőréből, és odavarrta az orr helyére. A beteg két nádszálon át lélegzett. Mikor a lebeny odanőtt a helyére, a nyelet el lehetett távolítani, illetve elég volt átvágni.

Ismerték a sebvarrást és ennek különös esetét, az úgynevezett „hangyaöltés”-t, amelyet Szusruta a bélelzáródás operatív kezelésére javasolt. Miután felnyitották a hasat és a felpuffadt belet, vöröshangyák fogóival csíptették össze varrás helyett, majd levagdosták a rovarok testét a fejükről. Az ottmaradt hangyafejek összezárult fogói tartósan rögzítették a seb széleit.

Csaknem az egész középkor során a beteg kezelése közben adódó valamennyi teendő elvégzése az orvos feladata volt. A 13. századtól azonban bizonyos beavatkozások (metszések, törések ellátása) fokozatosan átkerültek a borbélyok és sebészek kezébe, akik nem részesültek egyetemi képzésben, nem tartoztak az orvosok közé, és gyakorta még olvasni sem tudtak. Csak nagyon kevés sebész vállalkozott nehezebb műtétekre, azok is csak akkor, ha a beteg életveszélyes állapotban volt, vagy kivételesen nagy fájdalmak kínozták, pl. hólyagkő, húgyúti elzáródás vagy fogfájás. Próbálkoztak fájdalomcsillapítással, úgymint ópiummal vagy mandagorával átitatott szivacsot tettek a beteg orrára. A korabeli ábrázolások szerint nem volt tökéletes a fájdalomcsillapítás, hiszen a műtét alatt a páciens alaposan le kellett fogni.



15. és 16. század, az újjászületés – a reneszánsz – százada a medicinában is. Az ókori görög és római tudományt újra felfedezték. A boncolások számának növekedésével a test mind pontosabb megismerése vált lehetővé. A sebészek rengeteg hasznos tapasztalatra tettek szert a csatamezőkön. Kardvágások, lándzsadöfések, löfegyverek okozta tátongó szennyezett sebeket láttak el. Eleinte azt hitték a sebészek, hogy ezek a sérülések mérgezték, mivel sok sebesült szepszisben halt meg, ezért a feltételezett mérgező anyag eltávolítására, a vérzés csillapítására forrásban lévő olajat öntöttek a roncsolt izmokra. Szörnyű fájdalommal járó próbálkozás volt ez, sok katona nem élte túl a kezelést. 1536-ban Ambroise Pare tojássárgájából, rózsaoilajból, és terpentintől álló keveréket kezdett alkalmazni, mivel éppen kifogyott az olajból. Azt tapasztalta, hogy kevesebb fájdalommal jobb eredményt lehet elérni.



Paullini „fekálpatika”-jának címlapja

A könyv bevezető versikéje a következőképpen hangzik:
 „Szarban-húgyban rejlik Isten és természet.
 A tehénlepény jobb, mint balzsomod,
 Szemét és trágya kincsben gazdagok.”

1696. Eisenach város tisztiorvosa kiadja a „A fekálpatika” című könyvét. Szerinte az ürülék és a vizelet alkalmazásával csaknem minden, még a legsúlyosabb mérgezőes betegség is, továbbá fejtől a lábig minden sérülés sikeresen gyógyítható. A lyukas fog kezelése szerinte: a lyukba hollóürüléket tömünk, amitől a fog kihullik, és így a fájdalom is megszűnik... A fogak tisztításához a vizelet is kiválóan alkalmas. A képen láthatják a könyv bevezető versikéjéből egy részletet.

A képen egy vidékről vidékre vándorló seborvos eszköztárának a bemutatása látható a XVIII. századból. A főbb eszközök a következők: koponyatető-emelő, flastromserpenyő, csipesz a hólyagkő operációhoz, borbélytálka érvágáshoz, fogászati fogó, csontfűrész, csontfűrő, sérvkötő.



A XIX. században a sebészeti fejlődésből szükségszerűen következett a fájdalomcsillapítás hatékony módszereinek kialakítása: a század kezdetén még csak ópium, alkohol és „nevetőgáz” állott rendelkezésre, a század végén már szabadon hozzáférhettek az aszpirinhez. Itt kell megemlítenem, hogy az érzéstelenítés előtti időkben a gyors orvosi beavatkozás áldás volt a betegek számára. Volt olyan sebész, aki 1 percen belül tudott végtagot amputálni. Persze a sietségnek is voltak árnyoldalai. Egyszer a nagy sietségben például nemcsak a beteg alsó végtagját távolította el a sebész, hanem a beteg heréit is.

A XIX. századi kórház higiéniájáról látnak egy korabeli metszetet. Nem csoda, hogy igen sok beteg halt meg fertőzések következményeként. Akit az 1860-as években műtetre vettek fel, az Sir James Simpson, szerint: „sokkal közelebb érezhette magához a halált, mint egy Waterloo-nál harcoló angol katona.” Ma már egyszerű a magyarázat erre: „Amikor csaknem minden seb úgyis tele van bűzös gennyel” – írta egy orvos annak idején – „természetesnek látszik elhalasztani a kézmosást és az eszközök tisztítását, amíg a sebek ellenőrzése és kötözése be nem fejeződik”. Az eredmény az lett, hogy a nyitott sebek nagyon gyakran fertőződtek és túlságosan sokszor kellett végtagokat amputálni.



Semmelweis Ignác munkásságát nem kell bemutatnom, aki a kórházi aszepszis előharcosa volt.

1890-től kezdik bevezetni a gumikesztyű használatát a műtéteknél, mely az aszeptikus műtét lehetőségét óriási mértékben javította. A bevezetés előzménye az, hogy Halsted amerikai sebésznek panaszkodott egy nővér, hogy a higanyklorid (mellyel műtét előtt fertőtleníti a személyzet a kezét), karján és a kezén bőrgyulladást okoz. Halsted ekkor egy gumigyárhoz fordult, azt kérve, hogy próbáljanak vékony gumikesztyűt előállítani. Oly sikeres volt az ötlet, hogy általánossá vált ezen eszköz használata. Az igazsághoz hozzátartozik még, hogy Halsted

egyik kollégája miután látta, hogy milyen jól beválik a gumikesztyű a műtősnőknél, emígy nyilatkozott: „Ami jó a tyúkoknak, az jó lesz a kakasoknak is!” E ténymegállapítást követően az orvosok is elkezdték használni ezen eszközt.

A második világháborúban az újfajta fegyverek rettenetes bőrsérüléseket okoztak. Az antiszepszis és aszepszis műtéti technikák és az antibiotikumok lehetővé tették a plasztikai sebészet térhódítását. Ezeket a sebeket bőrátültetéssel sikerült helyrehozni. Ezt a műtéti eljárást – meg kell jegyeznem – már az ókori Indiában is művelték.

Elértünk a XXI. századba. Mint láttuk, hatalmas fejlődésen ment keresztül a sebészet és a sebkezelés. Ez a fejlődés azonban nem állt meg. Talán száz év múlva egy hasonló előadáson, mikor a XXI. század elején alkalmazott sebészeti beavatkozásokat ismertetik, a hallgatóság el fog szörnyülködni (éppúgy, mint önök, amikor a „fekálpaticáról” hallottak), hogy milyen embertelen módszereket alkalmaztak akkoriban.

Most pedig térjünk át arra a témára, miszerint a sebek milyen lelki sebeket okoznak, és a nővéreknek mi a teendőjük ezzel kapcsolatban.

Talán az orvostudomány egyetlen ágában sem áll annyira reflektorfényben a technika, mint a sebészetben. Ennek a sokrétű technikának az alkalmazásakor óhatatlanul megesik, hogy a beteg személye háttérbe szorul. A felgyorsult tempó, a rengeteg, szinte futószalagon elvégzett műtét az orvosnak nem ad időt, hogy a páciens lelkével is foglalkozzon. Azonban a nővéri hivatásból kiindulva, munkánk jelentős részében a beteg ember félelmeivel, aggodalmaival, szorongásaival, biztonsági szükségletével, önbecsülése fenntartásával kellene foglalkoznunk. Sajnos az idők folyamán sok orvosi feladatot átvettünk, és nem maradt időnk az igazi ápolói munkára, a beteg ápolására. Természetesen a nővéri létszám is sokszor lehetetlenné teszi feladataink maradéktalan kivitelezését. Gondoljunk csak arra, hogy számomra érthetetlen módon, az osztályokon éjszakánként egy nővér teljesít szolgálatot. Ilyen körülmények között a műtetre szomatikusan és pszichésen felkészíteni a beteget lehetetlen.

Csak vázlatosan sorolom fel, hogy ideális esetben a sebészetben fekvő betegnek milyen pszichés szükségletét kell kielégíteni.

I. Szinte minden beteg fél-szorong a műtéttől, altatástól, sebkötözéstől és egyéb beavatkozástól. Az ápoló elsősorban a szorongó beteg megértésével, megismerésével segíthet. A megértésen alapulva bizalmi kapcsolatot tud kialakítani. A bizalmi viszony talaján a páciens szorongását szavakba tudja önteni, ezáltal csökkentve azt, illetve meg tud kapaszkodni (szó szoros értelemben és átvitt értelemben is) ápolójába. A mellette állás, a figyelmesség, a megértés segítheti a biztonságot kereső beteget. A szorongás ellen legjobb a megelőzés. Ezt szolgálja a gyógyító intézmény jó légköre, a beteggel felvett jó kapcsolat, személyiségének, érettségének és teherbíróképességének pontos ismerete, illetve a megfelelő információ átadása számára.

II. A sebek külső megjelenése, az alaktalan kötések, a kiálló draineik és szondák fenyegetik a beteg önbecsülését. Egyes műtétek maradandó változást alakítanak ki a testképben. Ha a műtét a testi funkciók gyengüléséhez vezet, jelentősen megváltozhat a beteg szerepe a családban. Fontos, hogy figyeljük meg a beteget, nem csökken-e az önbecsülése. Ha igen, akkor adjunk alkalmat a betegnek, hogy beszéljen a küllemével kapcsolatos érzéseiről.

Tartsunk fenn kellemes környezetet. Az önbecsülés javul kellemes, kényelmes környezetben. Tegyük el minden használaton kívüli eszközt, és tartsuk az ágy környékét rendben és tisztán.

Fokozottan biztosítsuk a beteg higiéniáját. A sebváladék és az antiszeptikus oldatok rászáradhatnak a bőrre, és irritálhatják. A hosszan tartó ágyban fekvés, rossz közérzetet és hangulatot okozhat. Emiatt is nélkülözhetetlen a gondos fürdetés, melyre bőségesen kell időt szakítanunk, ezt megfelelő napszakban kell megtenni, és nem éjszaka meg hajnalban, hogy a beteg testben és lélekben is megújuljon.

Tartsuk tiszteletben a beteg szeméremérzetét, emberi méltóságát. Biztosítsunk a sebvizsgálat vagy a kötőscsere idejére elkülönítést. A beteget úgy kell betakarni, hogy csak a kötés és a metszés területe legyen szabadon.

Világosítsuk fel a családot a beteg megjelenéséről, még mielőtt találkoznának vele, ezzel is csökkentve esetleges akaratlan csodálkozást vagy ellenézés kiváltódását. Igyekezzünk elérni azt, hogy a család fogadja el a beteg óhaját, de egyben bátorítsa önállóságra.

III. Az altatásos műtétek sajnos elég gyakori velejárója, hogy kialakulhat hypoxiás delírium. Nővéri teendő, hogy a delírium kezdeti jeleit időben észlelje – jelezze – vitális paramétereket monitorizálja, és tegyen meg mindent a saját maga és a beteg testi épségének fenntartására. Ehhez az is hozzátartozhat, hogy a beteggel szemben kényszereszközt alkalmaz (például rögzíti). Ennek kivitelezéséhez természetesen elegendő számú személyzetnek kell lennie. Emiatt is, főleg ha hirtelen válik nyugtalanná a beteg, újra hangsúlyozom, minden műszakban legalább két nővérnek kell, kellene szolgálatot teljesítenie.

IV. Depresszió is kifejlődhet sebek, műtétek, testkép megváltozása, poszttraumatikus stressz szindróma következtében. A depressziósokra jellemző a szomorúság, dysphoria, érzelmi kiürülés, nyugtalanság, közömbösség, fokozott betegségtudat, akaratgyengeség, indítékszegénység, motoros inaktivitás, autoagresszió, alvászavar, étvágycsökkenés, fokozott fájdalomérzet. Sokszor mondjuk az előbb említett pszichés tüneteket mutató páciensre, hogy hisztis, elhagyja magát, kiborító a természete. Állandóan kéri a fájdalomcsillapítókat, mert mindene fáj, a legkisebb beavatkozás közben is jajgat. Ha a beteg viselkedése mögötti depressziót nem vesszük észre, úgy érezhetjük csak a mi bosszantásunkra viselkedik így, emiatt bennünk frusztráció, agresszió keletkezik, és ezt visszavetítjük a beteg irányába. A következmény: kapcsolatunk a beteggel megromlik, és ő még inkább magára marad testi és lelki bajával. A szenvedése fokozódik, és kiutat keresve akár az élet eldobásának ösvényére is ráléphet.

Mit tehet a nővér, ha látja a depresszió tüneteit betegén? A legfontosabb a beteg megértése, és feltétel nélküli elfogadása. Ha elfogadjuk betegünket, és átérezzük, megértjük mindazt, amin ő keresztülmegy, akkor közelebb kerülhetünk hozzá. Tudunk reményt és kiutat adni számára. Nem marad magára, és tud hozzánk bizalommal fordulni, és ezáltal a szuicidium veszélye csökken.

A szuicidium legkisebb gyanúja esetén is fel kell tenni az öngyilkosságra vonatkozó kérdéseket a páciensnek. Teljesen megalapozatlan az a félelem, hogy akinek nem volt öngyilkossági szándéka, annak esetleg mi adjuk az ötletet. Néhány javasolt kérdés az öngyilkosság megítéléséhez:

- „Gondol-e néha arra, hogy nem érdemes élni?”

- „Gondolt már arra, hogy megölje magát?” Igen válasz esetén:
- „Meg tudja beszélni valakivel személyes problémáit?”
- „Érzi-e azt, hogy magára maradt minden gondjával?”
- „Előfordult-e már régebben, hogy öngyilkossági gondolatai voltak?”
- „Előfordult-e, hogy olyankor is öngyilkosságra kellett gondolnia, ha nem akarta?”
- „Kísérelt-e már meg öngyilkosságot?”

Aki az öngyilkosságot választja, nem meghalni akar, hanem az adott módon élni már nem képes. A halálvágy nem logikai döntés következménye, hanem komplex indulat, amely a feszültségtől való megszabadulás, a helyzetből való kimenekülés, a nyugalom, a csend, az elalvás kifejezésekkel gyakran jobban leírható. Ha van olyan személy, akitől megértő támogatást kap, akkor a megadás helyett a küzdelmet és az életet fogja választani a ránk bízott páciens.

Mindezeket azért tartottam szükségesnek elmondani, mert saját bőrömön tapasztaltam, hogy a sebészeti ellátás során a betegek lelkével nem sokat foglalkoznak az ápolók és az orvosok. Egy igen fontos dolgot hiányoltam a kórházi bent léteim alatt, mégpedig kommunikációt irányomban. Úgy éreztem végig, hogy egyedül hagytak betegséggemmel. A mai ápolás talán legnagyobb hiányosságának tartom, hogy a beteget egyedül hagyjuk szenvedésével, problémával. Talán ezen a téren van a legtöbb teendőnk, hogy a korszerű minőségi ápolást elérjük.

Soha ne feledje a segítő, hogy a legnagyobb technikai vívmányok, új sebészi-, kötözési eljárások, modern ápolást segítő eszközök megléte sem tudja helyettesíteni a nővér gondoskodó kezeit és lelki támogatását!

Felhasznált irodalom:

1. Nancy Duin; Dr. Jenny Sutcliffe: Az orvoslás története, Medicina Könyvkiadó Rt. (Budapest), 1993.

Boros Katalin Gyöngyi: Az akut sebellátás szakdolgozói feladatai

Boros Katalin Gyöngyi okleveles ápoló, Szegedi Szolgáltatási Szakképző Iskola Kossuth Zsuzsanna Tagintézménye; Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika, Érsebészet Osztály

A bőr mint legnagyobb érzékszervünk testünket védi a külső ártalmaktól, érzékeli a külvilág ingereit, részt vesz a hőszabályozásban. A gyógyszerek alkalmazásában barrierként működik, fontos része van a vitaminszintézisben és a -kiválasztásban. Anatómiai – élettani felépítését tekintve három rétegből áll (epidermis, dermis, hypodermis). A felhám feladataihoz tartozik a szaruanyag termelése, az immunvédekezés, tapintás és érzékelés. Az irha kötőszövetből épül fel, két rétegből áll. A felső rétegben inkább a tapintáshoz szükséges sejtek vannak, kollagén rostok, kapillárisok. Az alsóban vastagabb kollagén és elasztikus rostok húzódnak, ezek teszik lehetővé a bőr hasadási vonalait, mely irányában a sebgyógyulás gyorsabbá válik. A bőr alatti rétegben laza rostos kötőszövet található, melyet testtájanként változó zsírszövet egészít ki; feladatuk a hőszigetelés, a raktározás és a mechanikai védelem. A bőr függelékei közé tartoznak az ujjak végi körmök, a szőrzet, az emlő és a bőr idegvégződése.

„A seb a bőr folytonosságának megszakadása valamilyen külső hatás következményeként, olyan sérülés, amely minden szerven, szöveten létrejöhet.”

A mechanikai sebek fajtáit az első előadásban már megismerhettük: metszett, vágott (vulnus scissum et caesum); zúzott (vulnus contusum); szakított (vulnus lacerum); szúrt (vulnus punctum); lőtt (vulnus sclopetarium); harapott (vulnus morsum).

A sebeket csoportosíthatjuk fertőzöttségük foka szerint is. Így a következő csoportokat kapjuk:

- Tiszta seb: csak azok a baktériumok vannak jelen, melyek egyébként is a bőr normál flórájának tagjai. A sebfertőzést csekély mértékben lehet valószínűsíteni.
- Tiszta-szennyezett seb: általában olyan műtéti sebek, melyek kialakulásakor ellenőrzött állapotokat biztosítanak.
- Szennyezett seb: általánosságban véve nyílt sérülés következtében alakul ki leginkább, azonban a gastrointestinalis traktus megnyitásával járó műtétek esetében is előfordul.
- Erősen szennyezett vagy fertőzött seb: régi balesetek, elhalt szövetek, perforációk során fordul elő leggyakrabban. Ilyen esetekben a műtét utáni sebfertőzés itt a legmagasabb.

A sebészeti fertőzések kapcsán két fogalmat kell tisztázni, a **kontaminációt** és a **kolonizációt**. Az első során nem osztódó baktériumok vannak a seb felszínén; a második kapcsán a nem osztódó baktériumok sebkörnyéki szövetekhez kapcsolódva a gazdaszervezetnek nem okoznak kárt. Ez egy egyensúlyi állapot, mely könnyen felborulhat, és akkor a környezetben lévő baktériumok sebgyógyulási zavart okozhatnak, ez a **kritikus kolonizáció**. Az infekció a következő lépés, mely során osztódó baktériumok vannak a sebben, és ennek hatására a gyulladás jeleit tapasztalhatjuk, illetve akár szeptikus tüneteket is okozhatnak.

A sebeket mélységük szerint is csoportosíthatjuk:

- 1. fokú, felületes seb: epidermist és a dermist érintik.
- 2. fokú, részlegesen teljes vastagságú seb: az alsó dermis mélységéig terjed.
- 3. fokú, teljes vastagságú sebek: leginkább a kötőszövet sérülései tartoznak ide.
- 4. fokú, mélysebek: a támasztó rendszer, csontok, erek, idegek láthatóvá válnak, komplex sérülések, penetráló sebek.

A sebeket leggyakrabban a szerint csoportosítjuk, hogy a kialakulásától mennyi idő telt el. Így beszélünk akut sebről, amikor a seb mechanikai sérülés miatt következik be. Krónikus sebek tekintjük azokat a sebeket, melyek során a bőr anatómiai és élettani integritásának visszaállításához több mint 6 hét szükséges.

Akut sebek ellátásának irányelveit az ápolóvá válás során több tantárgy (elsősegély, sürgősségi ellátás és sebészet klinikum és szakápolástan) mélyrehatóan tárgyalja, utalva a téma fontosságára. Ez az algoritmus komplexen foglalkozik a sérülttel, a sebzéssel, a vérzéscsillapítással, a fertőtlenítéssel, a fájdalomcsillapítással és az idegentesttel.

1. A sérültet minden esetben a lehetőségekhez mérten nyugalomba kell helyezni (leültetni, lefektetni).
2. A sebet körültekintően kell szemrevételezni, majd fertőtleníteni a környékét (sebszélektől távolodva). Ellátás során por, olaj és krém állagú anyagot alkalmazni súlyos vétség.

3. Vérzés esetén fontos az artériás és a vénás vérzés megkülönböztetése, a vérző végtag nyugalomba helyezése. Az artériás vérzés esetén az artériás nyomáspontok kitapintása, ezekre kompresszió alkalmazása, a végtagot a szív horizontális tengelye fölé emelni és megtartani. Nyomókötés felhelyezése. Ellátás után folyamatos vitális érték ellenőrzés, és a végtag pulzusának kontrollja szükséges. Vénás vérzés esetében a folyamatos vérszivárgás megszüntetése a cél. Fontos, hogy a steril fedőkötés mihamarabb felkerüljön, a beteg megnyugtatóásával és az érintett végtag nyugalomba helyezésével gyakran meg is szűnnek a panaszok. A kapilláris vérzések esetében a steril fedőkötés, a gondos rögzítés hatására a vérzés is csillapodik.
4. A fájdalom csillapításával kapcsolatban mind a nem gyógyszeres, mind a gyógyszeres technikától várhatunk segítséget. A végtag érintettsége esetén csökkenteni kell annak mozgását, a fiziológiás testhelyzetet kell előnyben részesíteni, alápolcolni. Felső végtag esetében szintén kiválóan alkalmazható ez a technika.
5. A seb tisztításakor meg kell figyelni, hogy milyen sebről van szó. Az idegentesteket a sebből kivenni nem szabad, az első ellátást azzal együtt kell elvégezni, és csak később, intézményi körülmények között szabad eltávolítani (orvosi kompetencia).
6. A sebek kezelésekor nem szabad figyelmen kívül hagyni az ellátó személyzetre leselkedő veszélyeket, így minden esetben meg kell győződnünk a környezetben fellelhető veszélyekről, illetve az ellátott által okozott veszélyhelyzeteket is fel kell ismerni.
7. Az ellátó és az ellátott között egy közös élmény megélése alakul ki, melyben a legfontosabb az egymásra utaltságuk. Egy problémával való megküzdés nemcsak az ellátónak, de az ellátottnak is fontos.
8. Edukáció: az ellátónak meg kell ragadnia az alkalmat az egészségnevelésre, ösztönözni az egészség irányába tett kísérleteket a sebellátás alkalmával. A helyes táplálkozás, mely a sebgyógyulást elősegítheti, az állapotnak megfelelő folyadékegyensúly, a mozgás és a ruházkodás a védekezésben segíthet.
9. A szövődmények (sebszétválás, előesés, vérzés-vérömlenyképződés, sipoly, fertőzés) megelőzése a sebellátás feladatkörébe tartozik, mind az egészségügyi szakdolgozónak, mind pedig az orvosnak fel kell ismernie. Az alapbetegségek sebgyógyulást befolyásoló hatását figyelembe kell venni (pl. cukorbetegség, érszűkület vagy immunszuppresszió esetében a gyógyulási hajlam csökken). Figyelembe kell venni az életkort, a tápanyagfelvételt, a különféle gyógyszerek hatását, a sebre irányuló mechanikai hatásokat, megterheléseket.

A sebek gondozása során **sebgyógyulást** várunk, ehhez olyan folyamatok elengedhetetlenek, melyek a sérülés pillanatában kezdődnek, és a gyógyulásig fennállnak.

A sebgyógyulás segítésére alkalmazhatunk szövetegyesítő eljárást, melynek célja a szövetek, sebszélek közelítése. Többfélet használhatunk annak függvényében, hogy mely testtájékon, milyen sebet szeretnénk egyesíteni. Leggyakrabban varratok, kapcsok, szövetragasztók kerülnek előtérbe. Ezek behelyezése és kivétele orvosi feladatkörbe tartozik, azonban az eszközök előkészítése, a sebellátásban való segédkezés ápolói feladat. A sebek egyesítésekor előfordul, hogy a sebalapon felgyülemelő váladék kivezetésére dréneket alkalmaznak. Ezek több fajtája ismeretes, melynek minden esetben a sebfertőzés

kialakulásának csökkentésében kell szerepet játszania. Miután ezeket a sebalapig, az anatómiai fekvéseknek megfelelően helyezik be, ellátásuk során fokozott figyelemmel kell eljárni, nem szabad elsiklani az aszepszis-antiszepszis szabályain. A drén kivezetésénél figyelemmel kell kísérni a bőr állapotát, meg kell előzni a felmaródást, a felhorzsolást, illetve a kidörzsölést, melyek a leggyakoribb szövődmények. A betegnek ezeket a feladatokat meg kell tanítani, mindamellett, hogy fel kell hívni a figyelmét a megváltozott higiénés szükségletekre is (kötés szennyeződésének elkerülése, ha a kötés szennyeződik, mihamarabb le kell cserélni, testtájéktól függetlenül a higiénés szükségletek kielégítése, akár naponta többször is).

A **reakciómentes seb jellemzőit** az ápolónak ismernie kell, (eltérés tapasztalásakor az orvost haladéktalanul értesíteni kell); ilyenek például:

- a műtét utáni napokban a seb a megfelelő stádium képét mutatja;
- a seb és a környéke reakciómentes, gyulladás jelei nem láthatók;
- a sebgyógyulás feltételei adottak;
- a sebgyógyulási zavarra utaló jelek nincsenek.

Mind az akut, mind pedig a krónikus sebek ellátása körültekintést, magabiztos szaktudást, tapasztalatot és kellő rátermettséget kíván. Akut sebet elszendvedett beteg esetében nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy részleges vagy teljes ellátásra szorulhat.

Felhasznált irodalom

1. Czucz P., Dér A., Karamánné Pakai A.: Diagnosztika. ETI Továbbképzési Füzetek, 2009.
2. Dér A. Karamánné Pakai A., Németh K.: Betegmegfigyelés. ETI Továbbképzési Füzetek, 2009.
3. Gaál Cs.: Sebészet. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2011.
4. Potter A.P., Perry A.G.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 1132–1171.
5. Váradyné H.Á., Hegedűs N., Müller Á., Nagy E., Schmidt B., Raskovicsné Csernus M.: Sebellátás-sebmenedzselés. In: Oláh A. (szerk.): Az ápolástudomány tankönyve. 2012. p. 613–636. www.tankonyvtar.hu Elérés ideje: 2014.09.19.

Híd a szájüregi egészséghez

Kojnok Tünde: Akut helyzetek a fogászati rendelőben

Kojnok Tünde intézetvezető főnővér, Szegedi Tudományegyetem Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika

A fogászati rendelő, a beavatkozások említése is már szorongást idéz elő a páciensekben, hiszen általában akkor mennek a fogászati, szájsebészeti rendelőbe, ha fájdalmuk, problémájuk van, azonnali, fájdalommentes megoldásban bízva. Mint tudjuk, a legkörültekintőbb kezelés is fájdalommal, diszkomfort érzéssel jár. Az esetek többségében a betegek kivizsgálás nélkül, jelenlegi, akut panaszaikkal keresik fel a fogászati, szájsebészeti rendelőket, melyek potenciális veszélyekkel is járhatnak.

Leggyakrabban a következő állapotokra lehet számítani a betegek érkezésekor a beavatkozások előtt, alatt vagy után:

Az ájulás az agy heveny vérszegénysége. Az egyenlőtlen vérelosztás, valamint a rendelőintézet rossz levegője, a túlzott meleg és a különösen erős gyógyszerszag, a kellemetlen hangok tudják előidézni. A beteg elsápad, pulzusa szapora, gyenge, légzése szapora, felületes. Jellemző még a gyengeség, fülzúgás, verejtékezés. Optimális esetben a beteg jelzi ezeket a tüneteket és megelőzhető az eszméletvesztés. Ilyen esetben Trendelenburg helyzetű fektetést, aruházat meglazítását kell alkalmazni a beteg felügyelete mellett. Mérlegelni kell, hogy a kezelés kivitelezhető-e, illetve egyedül elengedhető-e a beteg.

Kis molekulájú anyagok a fehérjékhez kötődve **allergizálhatnak** – antigén antitest reakciót válthatnak ki. Látható a közismert bőrjelenség, melyet hányinger, fejfájás, arcduzzanat, gégeödéma, súlyosabb esetben anafilaxiás shock kísérhet. Kezelése antiallergikumokkal (Calcimusc, Suprastin i.v.), adrenalin adásával és volumen pótlással történik. Szükség esetén a mentő hívása is szóba jöhet.

Az anaemiás zónák kialakulását az érzéstelenítő oldat érbeszűkítő hatása okozza. Az arc anaemiás, fehér színű. Éles határú folt jelenik meg, mely fájdalomtalan. Könnyen múlik, jelentősége nem nagy, de a beteget tájékoztatni kell róla.

A haematomaképződés leggyakoribb oka, hogy túvel megsértik az eret, mechanikai sérülés történik, vagy antikoaguláns kezelés alatt áll a beteg, valamint vezetésszerű, alsó érzéstelenítést alkalmaz az orvos. Legtöbbször a felső nagyörlők érzéstelenítésekor keletkezik, amikor lokális, de még inkább, ha tuberális érzéstelenítést végzünk. A túvel megsérthetik az artéria olyan ágait, melynek következtében pillanatok alatt igen kiterjedt vérzés, kb. diónyi duzzanat keletkezhet az arcon. Az artériás bevérzés gyorsabban, a vénás valamivel lassabban alakul ki. A tünetek kialakulhatnak azonnal vagy később. Jellemző az igen kiterjedt szövetközi vérzés, kb. diónyi duzzanat az arcon. Spontán megszűnik, de a duzzanat felszívódása napokig eltarthat. Mérlegelni kell az antikoaguláns kezelés felfüggesztését, átállítását.

A tűtörés ritkán gyári hiba, a beteg helytelen magatartása, hirtelen mozdulata, esetleg az orvos hibája idézi elő. Könnyen észrevehető, hiszen a nyelvre ráesik a tű, melyet azonnal csipesszel ki lehet venni.

Az analgesia hiánya rendszerint technikai, kivitelezési hiba. De előidézheti az oldat hatástalansága, valamint az, hogy az ér lumenébe kerül az oldat, vagy gyulladós területen történik az érzéstelenítés. Az injekciós oldat érzéstelenítő hatása akkor sem kielégítő, ha – gyári hiba miatt – nem tartalmazza a szükséges hatóanyagokat. A javított fecskendő dugattyúja rendszerint rosszul zár, és a folyadék a fecskendőből hátul kifolyik, vagy az oldat becsepeg a beteg szájába. Előfordul, hogy a beteg félelemérzete nagyobb a szokottnál, és az érzéstelenítést elégtelennek hiszi. Bizalmatlan, fél, hogy az orvos nem fogja tudni fájdalomtalanul elvégezni a beavatkozást. Kezelése az ok megszüntetésével történik.

A kezelés során a páciens **légutaiba kerülhet** tű, lenyomatanyag, tömőanyag vagy öblítő folyadék, mely köhögéssel, fulladásérzettel, cyanozissal jár. Azonnal el kell távolítani az idegen testet, amennyiben lehetséges, de a prevención van a főbb hangsúly.

Sérülések is velejáráói lehetnek a fogászati beavatkozásoknak. Okozhatja a Kerr tű, a szonda vagy lepattanó fém- és csiszolóanyag-szilánkok. Tünete a helyétől függ: bőr, cornea,

nyálkahártya, ahol sebfertőzés, gyulladás alakulhat ki. Megelőzhető, de ha a sérülés bekövetkezett, akkor célzott kezelés indokolt.

Ha a betegek éhgyomorrra érkeznek vagy a cukorbeteg kevés CH-bevitel mellé beadja a szokásos inzulinadagját, a vércukorszint leesik, **hypoglikémia** következik be. Émelygés, éhségérzet, gyengeség, verejtékezés, ájulásérzet, szédülés jelentkezik. Súlyosabb esetben a beteg az eszméletét is elveszíti. A lehetőségekhez képest per os szénhidrát bevitele szükséges (szőlőcukor, cukros tea), szükség esetén mentő hívása és intravénás CH-pótlás.

A vérzési idő megnyúlása, csillapíthatatlan, hosszú ideig tartó **vérzést** okozhat a beavatkozás helyén. Ha magas vérnyomás következik be, szintén elégtelenné válhat a vérárvadás. Akut ellátásként lokálisan kell a vérzést csillapítani: Dicynone-os buccival, Spongostan tamponnal, szükség esetén varrat behelyezésével. Fontos, hogy a beteg szívó hatást ne alkalmazzon, ne irritálja a nyelvvel az érintett területet. A külsőleg, arcon alkalmazott jegelés szintén vérzéscsillapító hatású.

Mindezen tünetek, szövődmények megelőzhetőek.

A beavatkozások előtt pontos anamnézis felvételére van szükség. Ki kell térni a korábbi fogászati beavatkozásokra, érzéstelenítővel kapcsolatos tapasztalatokra, gyógyszerérzékenységre, az antikoaguláns terápiára és a keringési rendszert érintő betegségekre. Fontos ismerni a beteg személyiségét, betegségmagatartását, mely elősegítheti vagy gátolhatja a beavatkozás, gyógyulás sikerét.

A beteg megismerése után, az ő számára legmegfelelőbb módon tájékoztatja az orvos az előzetes vizsgálatokról, ezek fontosságáról, a beavatkozás menetéről, az érzéstelenítés módjáról, a rendszeresen szedett gyógyszerek alkalmazásáról, az utókezelésről.

Ha a felkészítés megfelelő volt, akkor a kezelés optimális lesz, a szövődmények kialakulásának esélye nagymértékben csökken. A legkörültekintőbb esetben is szükség lehet nyugtatók alkalmazására. Erre széles körű lehetőség van, kezdve a beteg számára legmegfelelőbbel. Alkalmazhatóak akár alternatív anxiolitikumok is a beteg egyéniségétől függően.

A sürgős ellátás gyógyszereivel és eszközeivel minden fogászati ellátórendszer rendelkezik:

- *Adrenalin*: 1 mg ampulla 10 ml-re hígítva→100µg/ml), hígításhoz fiziológiás steril konyhasóoldat
- *Atropin*: 1 mg ampulla
- *Methylprednisolon i.v.*: *Hisztamin-felszabadulást gátló* gyógyszer: tableta és injekció
- *B₂ receptor izgató spray*: *salbutamol, terbutalin*
- *Midazolam* : injekció és tableta
- *5-10% steril glukózoldat i.v.*
- *Inzulin*
- *Kristalloid* infúzió (pl.: *fiziológiás só*, Ringer lactat oldat)
- *Fájdalomcsillapító gyógyszerek*
- vércukormérő
- intubálás, újraélesztés eszközei, szívó berendezés
- EKG, defibrillátor, vérnyomásmérő

A mentő, illetve fekvőbeteg-intézetben a reanimációs hívószámot a telefonkészülék mellé, jól látható helyre kell kifüggeszteni, hogy akut esetben a hívó, ijedt lelki állapotában is képes legyen értesíteni a szakszemélyzetet.

Elmondható, hogy a fogászati beavatkozásnak, mint minden egyéb egészségügyi beavatkozásnak is, van kisebb nagyobb kockázata. Azonban a körültekintő, humánus hozzáállással, azonnali intézkedéssel a beteg által megélt kellemetlenségek nagymértékben csökkenthetőek.

Felhasznált irodalom

1. Barabás J., Orosz M.: Szájsebészet és fogászat. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2012.
2. Hollós S., Zörényi Gy.: Alkalmazott gyógyszerteran. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2007.
3. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Az ápolási folyamat megvalósítása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996.

Varga Csabáné: Korszerű anyagok a fogászatban

Varga Csabáné klinikai fogászati higiénikus, Szegedi Tudományegyetem Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika

Ezeket a prevencióra használatos anyagokat, melyeket ismertetek, az egészségügy bármely területén használni lehet, és nem utolsó sorban egyes szerek otthoni használatra is kiválóan alkalmasak.

A fogakat nem csak a szájápolással és a helyes táplálkozással kell védeni. Fogorvosok, dentalhigiénikusok, fogászati asszisztensek, különböző prevenciós szerek használatával lehetőséget kínálnak a szép, egészséges fogak védelme érdekében.

A szuvasodáshoz szükséges a fogak, a szervezet jelenléte, táplálék, melynek bomlása következtében sav termelődik, valamint szükséges a mikroorganizmus és az idő.

A nyál a szánkban fontos szerepet tölt be. Védi fogainkat, baktericid és mosó hatású. Fontos a rágás, hogy jól stimulálhassuk a nyálmirigyeket. Rágás közben több nyál termelődik, és így csökkenti a szuvaság kialakulását, érvényesül a nyál mosó hatása.

A nyál pufferkapacitását csökkenti, ha a szájüregben az egyensúly felbomlik, savassá válik az elégtelen nyáltermelés, nem megfelelő szájhigiéne, sok lepedék, rossz étrend miatt, akkor több kalcium, illetve foszfátion távozik a zománcból, mint amennyi a nyálból beépülni képes, *demineralizáció* alakul ki. A fogzománc szerkezete megváltozik és szuvaság jön létre, melynek első lépcsője a fehér folt (macula cretosa) megjelenése.

Ha lepedék nincs a fogról eltávolítva, elszínezi azokat, kellemetlen leheletet ad, szuvasodás jön létre. Az el nem távolított lepedék a nyálban lévő kalcium hatására a foghoz kötődik, fogkő alakul ki, mely következménye a fogágybetegség. Kivédhetjük ezeket a lepedék eltávolításával, megfelelő eszközök használatával és a helyes technikával. A páciens motiválni

lehet a helyes fogápolásra is. Jelenleg a legújabb plakkfestő a **TRI PLAQUE ID GEL**. Rendelői használatra, plakk festésére szolgál, ami 3 színben mutatja meg a páciensnek az ott hagyott lepedéket a fogon. Használata igen egyszerű. A páciens ajkát vazelinnel bekenik, applikátorral vagy csipeszbe fogott vattagombóccal felviszik a fog felszínére a gélt, ezt követi egy öblítés, majd a plakk elszíneződésének vizsgálata. A páciensnek tükörben megmutatják, amit látnak. Ha a fogfelszínen rózsaszín vagy piros plakk látható, felhalmozódásra utal. Kékeslilas elszíneződés 48 órán túli plakk jele. Világoskék szín érett, erős savtermelő plakkot mutat.

Ha a kapott eredményt átvizsgálták, megbeszéltek, akkor megkérlik a páciens a fogmosásra. Így azt is ellenőrizhetik, hogy a megfelelő fogkefével megfelelő technikával mos-e fogat. Nagyon fontos, hogy benzonát (E210) tartósítószerre érzékeny egyéneknél ez a szer nem használható. A lepedék hatására fehér folt, macula cretosa alakul ki, ami egy demineralizálódott terület. Ennek a visszafordítására van lehetőség, fluoridbevitellel vagy egy újabb szerrel a (mousse =krém, tooth= fog) **TOOTH MOUSSE-szal**.

Cukormentes, recaldent CPP-ACP tartalmú reminalizációs krém helyi alkalmazásra.

Reminálizáció: Az ásványi anyagoknak a fogzománcba és a dentinbe történő visszaépülését jelenti. Recaldent egy tejfehérje származék kazein. CPP kazein foszfopeptid, ACP amorf kalcium-foszfát. Amikor a recaldent a szájüregbe kerül, CPP része azonnal a zománca, plakkra, lágyszövetekre tapad a kalciumot és a foszfátot pontosan odajutatta ahol szükség van rá.

Alkalmazási területek: Uszodai klór savassága miatt sportoló úszóknak, fogfehérítés után, graviditás, 6 éves kor alatt, gyökérsimítás után, mivel csökkenti a dentinérzékenységet, a kalcium- és foszfátionok a nyitott dentin tubulusokat képesek lezárni, rögzített fogszabályzás alatt és után, speciális igényű pácienseknél, ahol magas a caries rizikó.

Ellenjavallat: E210 tartósítószer (benzoe sav) allergia, tejfehérjeérzékenység/tojásfehérje-érzékenyeknél keresztreakció alakul ki.

Használata: Alapos fogmosást követően tiszta ujjal vagy folyóvíz alatt alaposan kimosott fogkefével vagy mélyhúzott lemez segítségével szétdörzsölni egy kis mennyiséget a fog felszínén. A krémet a fog felszínén kell hagyni 3-5 percig. Hetente többszöri használatra is alkalmas.

Ami már FLUORIDOT is tartalmaz a kalcium- és foszfátionok mellett, ugyancsak cukormentes: **MI PASTE PLUS**.

Alkalmazási terület: rögzített fogszabályzás alatt és után, graviditás, csiszolt fogak, fognyaki érzékenység, prevenció caries rizikóval rendelkező egyéneknél (bulaemia, reflux).

Ellenjavallat: tejfehérjeérzékenyek, E210 (benzoe sav) allergia, 6 éves kor alatt, fogfehérítés és rögzített fogszabályzó ragasztás előtt.

Használata: ugyanúgy kell, mint a Tooth Mousse-t, csak hetente 2x.

Barázdazárás: Olyan fájdalommentes eljárás, ami során a moláris és premoláris fogak kedvezőtlen anatómiai formát mutató barázdáit speciális anyaggal lezárják. A fogak előtörését követően alkalmazható eljárás, melynek során a rágófelszíni mély barázdákat folyékony tömőanyaggal zárják le, annak érdekében, hogy elkerüljék a későbbi szuvasodást.

Előnyei: fájdalommentes, teljes egészében megőrizhető a teljes foganyag a rágófelszínen. Elkerülhető a fog szuvasodása és annak következményei.

A barázdarendszer szuvasodásának megelőzése a mindennapokban történhet célzott fluoridos fogkrémekkel, professzionális fogtisztítással. A félig kibújt maradó fog chlorhexidines applikálása Cervitec géllal, illetve a barázdák zárása kompozittal vagy üvegcementtel. Különböző barázdák vannak. Szerencsés az, akinek V alakú barázdái vannak, mert könnyen tisztítható. Az U alakú barázda tisztítási lehetősége már több ügyességet kíván. Ha a lepedék nincs megfelelően eltávolítva a barázda felszínéről a szuvaság könnyebben kialakulhat.

A barázdazárókat két csoportba oszthatjuk :

1. BIS GMA típusú, aminek használata hosszabb, mint a másik csoportba tartozó
2. Üvegeionomereknek.

Használatuk abban különbözik, hogy az üvegeionomer barázdazárók előtt nem szükséges savazni, bondozni, ezáltal rövidebb kezelési időt igényel a kis páciensek részéről is. A barázdazárást egészséges fogon, az áttörést követően 6 hónapon belül célszerű alkalmazni. 6 éves kortól 18 éves korig fél évenkénti ellenőrzéseken mindig javasolt az újonnan előtört fogak barázdazárása, illetve a már meglévő barázdazárók folyamatos ellenőrzése.

Napjainkban használatos és igen elterjedt, széles körben alkalmazható barázdazáró a **TRIAGE**, mely üvegeionomer típusú barázdazáró, felületbevonó. Radiopak, magas fluoridleadású üvegeionomer anyag barázdazárásra, gyökérfelszín védelmére, túlérzékenység megelőzésére, illetve használható ideiglenes tömésként például gyökérkezelés esetén.

Jellemzői és előnyei: nyálas felszín esetén is alkalmazható, akár nyálkahártyával (részben) fedett, frissen előtörő molárisok kezelésére. Fehér és rózsaszín színekben kapható. Kémiaailag köt a fogszövethez, nincs szükség savazásra, bondozásra. Könnyen applikálható, alacsony viszkozitású. Önkötő, hagyományos üvegeionomer rezintartalom nélkül. A rózsaszín árnyalat kötése felgyorsítható fénypolimerizáló készülékkel, ezzel kivédhető a korai dehidráció. Az áttetsző rózsaszín árnyalat könnyen ellenőrizhető. Nagyon magas szintű fluoridleadás.

Alkalmazási területek: Barázdarendszer védelme, barázdazárás, felületvédelem, túlérzékenység megelőzése és kontrollálása, fognyaki védelem, ideiglenes tömés gyökérkezeléskor. Rossz szájhigiéne esetén, fogszabályozás után is előfordulhat zománc-caries. Ha a mineralizáció visszaállításával, fluoridálással a folyamat nem fordítható vissza, ezekben az esetekben is a klasszikus megoldás, a tömés jöhet szóba, mint kezelési forma. Erre van egy legújabb kezelés: **ICON**. Cél, hogy megállítsák a szuvaságot.

Iconnal a demineralizált zománc feltölthető és megerősíthető anélkül, hogy fúrni vagy akár érzésteleníteni kellene a páciens. Az Icon-kezelésről kimutatták, hogy egy egyszerű beavatkozás, képes feltartani a korai zománclézióknak a dentin első egyharmadába való továbbterjedését anélkül, hogy feleslegesen egészséges fogállomány elvesztésére kerülne sor.

Az ICON akkor használható, amikor a zománcban kialakul egy lézió, ilyenkor szükséges az úgynevezett infiltrációs technikát alkalmazni, hogy ne kelljen foganyag-eltávolítással helyreállítani a szuvaságot. Fontos annak megítélése, hogy mikor használják, ez RTG-nel lehetséges. A zománcból a dentin 1/3-áig terjedő szuvaság esetén ezt az infiltrációs technikát alkalmazhatják.

Használata: A fehér lézió felszínét 15%-os HCL géllal errodálják (nem okoz utóérzékenységet!!) ezáltal a lézió pólusrendszere megnyílik. Alkohollal leszárítják, majd a lézió területére felviszik az ICON-t. Az anyagfelesleget eltávolítják, polimerizálják. Ennél a kezelési formánál kötelező a kofferdam használata! A páralecsapódás miatt kell használni, mert az megakadályozza az anyag teljes bejutását.

Kereskedelmi forgalomban 2 féle kiserelésben lehet vásárolni, vesztibuláris és approximális. Az Iconnal megállítható a caries továbbterjedése és látványos eredmény érhető el. A kisereléshez tartozik a kezelőlap, amit minden páciensnek érdemes odaadni a további kezelés miatt, mert röntgenárnyékot nem ad. Természetesen ezeken az anyagokon kívül sok más új anyag is megtalálható.

Felhasznált irodalom

1. Bánóczy J., Nyárasdy I.: Preventív fogászat. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1992.
2. Orosz M.: Fogászati asszisztensek és dentalhigienikusok tankönyve. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004.

Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai

Dr. Petrovne Ráti Lilla: Életmód-tanácsadás és terápia és a természetgyógyászati társszakmák kapcsolódásai

Dr. Petrovne Ráti Lilla természetgyógyász (fülakupunktúrás addiktológus, életmód-tanácsadó és terapeuta, fitoterapeuta)

Az egészség fogalma:

1. **WHO szerinti definíció:** „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegségekől és a testi fogyatékoságtól való mentességet jelenti.” (1946. VII.19. Nemzetközi Egészségügyi Konferenciának a definíciója).
2. **Fritz Hartmann feltételes egészségfogalma:** „Az az ember egészséges, aki a testében kimutatható vagy nem kimutatható, számára észlelhető hiányossággal szemben egyedül vagy segítséggel egyensúlyt tud találni, kifejleszteni és fenntartani, amely lehetővé tesz egy értelmes, személyes adottságának és életcéljának megfelelő létet, vagyis bizonyos határok között életcéljainak elérését...”

Az egészséges ember alapvetően aktív, cselekvő, játékos, kommunikatív, természetformáló, önmegvalósító, értékteremtő, de legalább is értéktartó.

Az egészséges életmód kilenc alappillére Oláh Andor szerint: méregtelenítés; helyes táplálkozás; fitoterápia; napfény, levegő, víz – természetben élés, kapcsolat az elemekkel; mozgás, mozgatás; pihenés, alvás – relaxáció; jóga (tudatos mozgás és elme gyakorlatok); lelki gyakorlatok, meditáció; személyiségfejlesztés.

Aki teljesen helyre akarja állítani egészségét és teljesen egészséges akar maradni, annak a természetes élet- és gyógymódok egészét igénybe kell vennie, mert ha csak egy részét valósítja meg, akkor részleges egészséget és gyógyulást érhet el.

Az életmód-tanácsadás és terápia lényegi elemei:

- a civilizációs ártalmak csökkentése, ellensúlyozása,
- élménycentrikus módszerek,
- az életmód tartós átalakítása.

Az egészséges életmód kialakításának és fenntartásának egyik nagyon fontos eleme a táplálkozás. A táplálkozási rendszerek között az alábbiak közül válogathatunk. Szeretném ismertetni a legnépszerűbb táplálkozási módszerek alapjait.

Are Wearland: tudatosan kerüli a káros vagy túlzott táplálékbevitelt. Húst és halat, valamint cukrot is kizáró vegetárius étrendet javasol (kevés tojással és tejjel). A napi fő étkezések ebéd, vacsora. Méregtelenítésre léböjtkúrákat, hashajtást és beöntést ajánl.

Shelton/Diamond-rendszer: nagy hangsúlyt helyez az ételtársításokra. Nem javasolja a fehérjegyazdag és szénhidrát alapú táplálékok együttes fogyasztását. Reggel és délelőtt tartja főleg időszerűnek a gyümölcsfogyasztást. Nem javasolja (alkalomszerűen megengedi) a húsokat, tejet, tejtermékeket, a cukrot és a mesterségesen kezelt élelmiszereket, helyettük a nagy víztartalmú gyümölcsökből, zöldségekből és olajos magvakból álló étrendet helyezi előtérbe. Mennyiségi megszorítás nincs, a bőséges vacsorára helyezi a hangsúlyt.

Hay-féle választódiéta: a fehérje (pl. hús) és szénhidrátok (pl. édességek) egyszerre, egyazon étkezéssel való bevitelének korlátozása. A fehérjék serkentik a gyomorsavtermelést, a sav pedig akadályozza a szénhidrátok emésztését, mivel ahhoz lúgos közegre van szükség.

Vegetáriánus étkezés: hús nélküli étrend, ami a hal- és tejfogyasztást nem zárja ki, más néven lakto-ovo vegetárius étrend néven él a köztudatban. A vegetáriánus életvitel fontos szabályai: zöldségeket, gyümölcsöket és gabonaféléket is tartalmazó, változatos étrend szükséges; az egyes összetevőkből elegendő mennyiséget kell fogyasztani az ideális testsúly fenntartása érdekében.

Oláh Andor-féle táplálkozási rendszer: a régi magyar táplálkozási szokásokat eleveníti fel. Böjtnapokat is javasol. Ismerteti a táplálkozási alapanyagok hagyományos, magyar módszereit (pl. gyümölcsaszalás, gabonaőrlés stb.) is.

D'adamo-féle vércsoportdiéta: vércsoportjuknak megfelelően 4 csoportra osztja az embereket, és a táplálkozásukat olyan módon építi fel, hogy az tökéletes beépülést eredményezzen, és ne a méreganyagraktárakat szaporítsa a szervezetben.

Makrobiotikus táplálkozás: japán eredetű táplálkozási rendszer, mely a hangsúlyt a gabonafélék fogyasztására helyezi, mi szerint a táplálék 2/3-át gabonaféléknek, a fennmaradó részt pedig zöldségeknek, gyümölcsöknek, leveseknek (gyógyfőzetek, gyógyteakeverékek) kell alkotni a Yin-Yang egyensúly fenntartása érdekében. Nagy hangsúlyt fektet a barnarizs fogyasztására.

Amikor már kialakult valamilyen betegség, az egészség helyreállítása céljából segítségért a különböző tisztítókúrákhoz és diétákhoz fordulhatunk. Ezek közül szeretnék ismertetni néhányat.

Gerson-diéta: az alternatív rákgyógyítás egyik legjobban bevált formája. A szervezet megbomlott belső egyensúlyát az étrenddel próbálja helyreállítani. Célja a szervezet megtisztítása a felhalmozódott mérgeanyagoktól és az enzimtermelés serkentése, amely javítja az emésztést. Óránként frissen facsart leveket kell fogyasztani, valamint a rendszeres beöntést, ricinusolajjal történő hashajtást is javasolja.

Buchinger-Lützner-féle léböjt: reggel 1-2 csésze gyógytea (pl. kamilla, édeskömény, citromfű) vagy gyenge fekete tea citrommal (esetleg 1 teáskanálnyi mézzel). Ebédre kb. negyed liter zöldségleves vagy ugyanennyi friss zöldséglé. Délután 1-2 csésze gyógytea ismét és este negyed liter gyümölcslé. A hangsúlyt a szilárd táplálékok kiiktatására helyezi, hogy a bélbolyhok regenerálódhassanak. 50 g szénhidráttal való kiegészítést engedélyez naponta.

Schrot-kúra: száraznap – ivónap váltakozva. Azaz 3 száraznapot 2 kis ivónap és 2 nagy ivónap követ hetente. A száraznapokon kizárólag gabonaételek, aszalt gyümölcs, datolya, füge, dió, magvak szerepelhetnek az étrendben. A kis ivónapon 1 liter, a nagy ivónapon 2 liter folyadékbevitel engedélyezett gyógyteák és zöldséglevek formájában.

Mayer-kúra: reggel éhgyomorra negyed liter langyos víz 1 csapott kávéskanálnyi karsbadi vagy keserűsóval kombinálva. Másnapos zsemleléből álló ebéd (a barna kenyér nem alkalmas a nyáktermelés miatt) plusz 1 liter teljes tej vagy írósz aludttej és este gyógytea 1-2 csészével.

Moeremann-Breuss-kúra: gyógyböjt, amit speciális gyógyteakeverékekből és préselt zöldséglevek fogyasztásából állítanak össze. A teákat és préselt leveket „megragva” ajánlja fogyasztásra. A folyadékbevitelt napi fél literben maximálja, és a legintenzívebb fizikai munkát javasolja a betegeknek. A kúrának két változata létezik. A teljes kúra időtartama 42 nap, de felezhető is az időtartam.

Táplálkozási szokásaink a szervezetben különböző egyensúlyzavarokhoz vezethetnek. Ezen zavarok következményei pedig az alábbiak szerint alakulhatnak.

A táplálkozási zavarok 3 fő csoportba sorolhatók:

1. csoport – anorexia (fogyókúrákór) – általában a tizenéves lányokat és fiatal nőket sújtja, akik betegesen félnek az elhízástól, illetve a felnőtté válástól. A háttérben lelki eredetű panaszok állnak.
2. csoport – bulimia (kényszeres evés) – evési rohamok jellemzik, amelyeket önhánytatás követ. Itt is lelki eredetű panaszok dominálnak.
3. csoport – elhízással járó megbetegedések – amikor zsír rakódik le a test szöveteiben, melynek okai a túlzott ételfogyasztás és kevés mozgás, de nem gyakori mindkét ok jelenléte sem.

Vannak még alultápláltságból, vitaminhiányból kialakuló megbetegedések, valamint nyomelem hiányállapotok és elektrolit-, anyagcserezavarok, amik szintén testsúly-ingadozással járnak.

Az elhízás megközelítése a természetgyógyászatban használatos módszerek segítségével.

Manuálterápia, csontkovácsolás – érdemes a gerincoszlop teljes szakaszának a korrekciója, mivel a testsúlytöbblet komolyan igénybe veszi a csigolyák közötti porckorongokat és ezek tehermentesítése a cél, hogy az ingervezetés helyre tudjon állni.

Fitoterápia – gyógynövényekkel való gyógyítás. Ezek közül is a leggyakrabban alkalmazottak:

Nagybojtorján (Artium lappa) – igen erősen tisztítja a szöveteket és elősegíti a mérgező salakanyagok kiválasztását.

Cickafarkfű (Achillea millefolium) – javítja az emésztést és a tápanyagok lebontását.

Édeskömény (Foeniculum vulgare) – javítja a máj működését, és enyhe vizelethajtó hatása is van, csökkenti a puffadást.

Gyermekláncfű (Taraxum officinale) – enyhe hashajtó, amely fokozza a májműködést és az emésztést, ill. a káros anyagcseretermékek kiválasztását.

Reflexológia – elsősorban fülakupunktúrás pontok kezelése a táplálékfelvétel kontrollálása és a SHEN (Lélek) megnyugtatása céljából. Akupunktúra, akupresszúra – a Nyálka és Nedvesség (zsír és folyadék) szétosztása és e célból a Lép, Gyomor, Ren (Befogadó), Húgyhólyag és a Hármasszelető csatorna (meridián) pontjainak kezelése.

Talpmasszázs – a gyomor, epehólyag és bélcsatornák működésének erősítése céljából.

Kineziológia – a lelki okok felderítése és azok által okozott stresszes állapotok oldása, feldolgozása.

Mozgásterápiák – az egyén lehetőségeinek és testi adottságainak figyelembevételével a rendszeres mozgás beépítése a mindennapokba.

Masszázsterápiák – izomlazítás céljából bármelyik technika alkalmazható.

Bioenergetika – az energetikai rendszer kiegyenlítése. A Yin/Yang egyensúly helyreállítása az adott egyénen belül.

Homeopátia – tüneti szerek megválasztása a páciens panaszainak csökkentésére, pl.: ízületi panaszok esetén Rhus toxikodendron (mérgező szömörce), valamint az alkati szerek megválasztása, amelynek segítségével a teljes folyamat megtámogatható.

Pszichológia – a saját testének az elfogadása, személyiségjegyeinek erősítése, stresszoldó technikák alkalmazása.

Életmód-tanácsadás és terápia - méregtelenítések, amelyek az epeváladék segítségével a máj méregtelenítési funkcióját erősítik. A bélrendszer munkájának helyreállítása az emésztés felgyorsításával. A vesefunkciók erősítése, vízháztartás szabályozása. Étrendi tanácsok és technikák alkalmazása.

A módszer indikációi: Minden esetben az egészség megőrzése vagy annak helyreállítása a cél különböző technikák, módszerek alkalmazásával, az egészséges életmód és mozgáskultúra kialakításának a megtervezésével.

Kontraindikációk: a beteg kommunikációs készségének a hiánya; súlyosan előrehaladott daganatos megbetegedés; akut megbetegedések (stroke, szívinfarktus stb.); epekövesség; inzulinfüggő cukorbetegség.

Aki teljesen helyre akarja állítani egészségét, és teljesen egészséges akar maradni, annak a természetes élet- és gyógy módok egészét igénybe kell vennie, mert ha csak egy részét valósítja meg, akkor részleges egészséget vagy gyógyulást érhet el.

Felhasznált irodalom

1. Hegyi G.: Természetes gyógymódok. Komplementer Medicina. K.u.K. Kiadó, Budapest, 1999.
2. Mills S.: Kiegészítő (komplementer) gyógymódok. Golden Book Kiadó Kft., Budapest, 1997.
3. Schimmel, K.C.: A természetgyógyászat tankönyve. Sanitas-Sarkadi GmbH, 1992.
4. Sztrasnij A.: Természetgyógyászat (Ép testben ép lélek). SHL Hungary Kft., Budapest, 1999.
5. Tamasi J.: Természetgyógyászati alapismeretek jegyzet. Népjóléti, Képzési Központ, Salgótarján, 1998.

Farkas Rózsa: Mozgásterápia és a rehabilitáció kapcsolata

Farkas Rózsa diplomás ápoló, Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Deszk

Hazánkban, illetve általában a fejlett országokban a szív- és érrendszeri megbetegedések vezetnek a halálozási statisztikákat. Magyarországon 2009-ben majdnem hatvanötezeren haltak meg valamilyen szív- és érrendszeri megbetegedésben, amely ijesztően nagy szám, az összhalálozás felét teszi ki. Az utóbbi évtizedekben előfordulásuk a fejlett országokban csökkenő tendenciát követ, amely részben a primer prevenciók eljárásainak köszönhető. Sajnos hazánkban ez a csökkenés elmaradt. A megelőzés egy komplex folyamat, amely életmódbeli változtatást igényel, de három alapvető pillére van, a dohányzásról való leszokás, az egészségesebb táplálkozás és intenzívebb fizikai aktivitás.

Számos hazai és nemzetközi publikáció szól a megbetegedések összefüggéseinek vizsgálatáról. A metabolikus szindróma, a kettes típusú cukorbetegség és a depresszió oki összefüggéseivel többen foglalkoztak. A depresszió igen elterjedt hazánkban, gyakorisága hatvan éves kor felett 10-20%, az orvosi értelemben vett depresszió korunk egyik leggyakoribb népbetegsége. A felnőtt lakosság közel 20%-a élete során legalább egy depressziós fázison átesik (Magyarországon kb. kétmillió ember). A depresszió skála kilenc tünete mellett megjelenhetnek testi tünetek: fejfájás, mellkasi panaszok, vegetatív izgalmi jelek. Ebből következik, hogy az egészségügyi ellátó rendszer szakterületei nemritkán találkoznak pszichoszomatikus betegekkel.

Összetett élettani és biokémia folyamatok magyarázzák a test és a lélek kapcsolatát. A mellékvesekéreg-hormonoknak alapvető szerepük van az alap és a stresszhatás alatti homeosztázis fenntartásában, a központi idegrendszer mellett a szervezet egészén számos funkciót befolyásolnak.

A mozgáshiány hatása a szervezetre sokoldalú, minden szervrendszer működését kedvezőtlenül befolyásolja, a szénhidrát-, zsír- és fehérje-anyagcsere megváltozik, a zsírraktárak változnak, következménye az elhízás, metabolikus szindróma, kettes típusú cukorbetegség, ezek együttesen több megbetegedés rizikótényezői. Az elhízás mértéke objektív mérhető adatokkal nyomon követhető, a testsúly-testmagasságból kiszámítható a body mass index (BMI), valamint meghatározható a testzsír százalék növekedése és a zsírintes testsúly csökkenése.

A mozgáshiány az izomzat tömegének csökkenésével az állóképesség csökkenését a terhelhetőség csökkenését eredményezi, a keringésre gyakorolt kedvezőtlen hatásai miatt nő a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázata. A mozgáshiány azon rizikófaktorok közé tartozik, amelyek szilárd elhatározással könnyen kiküszöbölhetőek lennének. Ha következett már be egészségkárosodás, és hiányzik vagy sérült az elhatározás az életmód-változtatásra, akkor az intézeti keretek között végzett rehabilitáció és a rehabilitációs team tagjai lehetnek segítségére a betegeknek!

Fekvőbeteg-ellátás keretében végzett kardiológiai rehabilitáció ideje alatt mért 10 kilogrammos testsúlyváltozást mutatok be két beteg esetében, hogy hogyan aránylott a testzsírszázalék-változás és a zsírintes testtömeg mértéke. A kardiológiai rehabilitáció részeként a klinikus által elrendelt gyógyszeres terápia mellett mindkét beteg diétás étrendben részesült, pszichológus foglalkozott velük, és részt vettek rendszeres betegtájékoztató előadáson, állapotuknak megfelelő mozgásterápián.

I. beteg: 53 éves nőbeteg, ismétlődő szívritmuszavar miatt került kardiológiai ellátásra. Társbetegségei: 2-es típusú cukorbetegség, elhízás (TS: 110,1 kg, TM: 168 cm, BMI: 39), kevert szorongás és depresszió.

Az intézeti rehabilitáció során részt vett napi 30 perc csoportos tornán 11 alkalommal, napi kerékpártréningen 11 alkalommal, szabadtéri kondicionáló sétaprogramon 6 alkalommal. Az érkezési és távozási súly közti különbség 10 kg volt, az érkezéskor mért testzsírszázalék 49,9%-os, a távozáskor mért testzsírszázalék 44,2%-ot mutatott, a zsírintes testtömeg 55,2 kg, ami távozáskor nem mutatott változást, 55,4 kg volt.

II. beteg: 57 éves férfi, akut szívizominfarktussal és szívelégtelenséggel került kardiológiai ellátásra. Társbetegségei: 2-es típusú cukorbetegség, elhízás (TS: 141,8 kg, TM: 178 cm, BMI: 44,8).

Az intézeti rehabilitáció során súlyos szívelégtelenség kezelése (erőteljes vízhajtó adása) mellett részt vett egyéni tornán 14 alkalommal. Az érkezési és távozási súly közti különbség 10 kg volt, az érkezéskor mért testzsírszázalék 28,1%, a távozáskor mért testzsírszázalék 26,1%-ot mutatott, ezzel szemben a zsírintes testtömeg 102,0 kg-ról 83,1 kg-ra csökkent, így a súlycsökkenés döntően nem zsír-, hanem folyadékvesztés volt. Ezen eredmények is jól tükrözik, hogy nem minden súlycsökkenés azonos a testzsírszázalék csökkenésével, „fogyókúrázó” a mérleg bővületében élnek, pedig ennél sokkal fontosabb az egészséges életmód három alapvető pillérének betartása, a dohányzásról való leszokás, az egészségesebb táplálkozás és intenzívebb fizikai aktivitás, ami segít a testzsírszázalék és a zsírintes testtömeg egészséges arányának visszaállításában.

Felhasznált irodalom

1. Halmos T., Suba I.: A depresszió kapcsolata a 2-es típusú diabéteszsel és a metabolikus szindrómával. <http://www.matud.iif.hu/09sze/15.htm> Elérés ideje: 2014.11.12.

Irinyi Tamás: Fényterápia reflektorfényben

Irinyi Tamás egyetemi okleveles ápoló, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet elnöke

A fény az élet egyik alapfeltétele. A legkorábbi időktől lenyűgözte az emberiséget a fény és a színek természete. Energiát ad, meleget ad, a légáramlatokat és a tengeráramlatokat mozgatja. A napnak köszönhető, hogy van eső, működteti a föld felszínén található ökoszisztémát. A nap egyetlen negyedóra alatt annyi energiát sugároz a földre, amennyit az emberiség évenként, az energia minden lehetséges formáját figyelembe véve felhasznál.

A fényt kibocsájtó napot és a hozzá kapcsolódó isteneket minden korban mélységesen tisztelte az emberiség.

Az ősi Egyiptomban a tetőpontján delelő Napot Ré isten megtestesülésének tartották, a felkelő Napot Hórusz sajátjának, a lenyugvót pedig Oziriszének tulajdonították. Az ókori görögöknél a Nap Apollónhoz, valamint Zeusz szeméhez kapcsolódik, míg a világ másik felén, az inkák emberi alakban festették meg, sugárzó aranykoronggal az arc helyén. Az archeológusok felfedezték, hogy az egyiptomiak külön gyógyító termeket tartottak fenn pazarul díszített templomaikban. Ezeket a termeket úgy építették, hogy a beérkező napsugarak a színspektrumra bomlottak. A páciensek először átestek egy „színdiagnózison”, majd abba a terembe kerültek, amelyik a kívánt színt sugározta.

A színek és a gyógyítás Indiában is szoros kapcsolatban állt egymással. A terápia során használtak ásványokat és drágaköveket, amelyeket a hét kozmikus sugár koncentrációjának tartottak.

A színek használata mellett a napfénykezelés (helioterápia) is bevett szokás volt a görögök és a rómaiak körében, akik a kutatások szerint elsőként jegyezték le ennek elméletét és gyakorlatát. A görög város, Heliopolisz gyógyító templomairól vált híressé, amelyeket úgy építettek, hogy a napfényt a spektrum színeire törje meg az egyiptomi templomokhoz hasonlóan.

A kereszténység korának első öt évszázadában a színeket, ráolvasásokat és a különböző istenekhez való fohászokat használó gyógyászati eljárásokat pogány technikának ítélték. Az ilyen tevékenységeket titokban végezték, aminek következtében az ősi tudás és a holisztikus gyógyászati eljárásokról szóló görög és római feljegyzések nagy része elveszett.

A tizenhetedik század, a „tudományos forradalom kora” fordulópontot jelent a tudomány történetében. A tudósok már nem azt kérdezik többé, hogy miért történnek a dolgok, hanem azt, hogyan történnek.

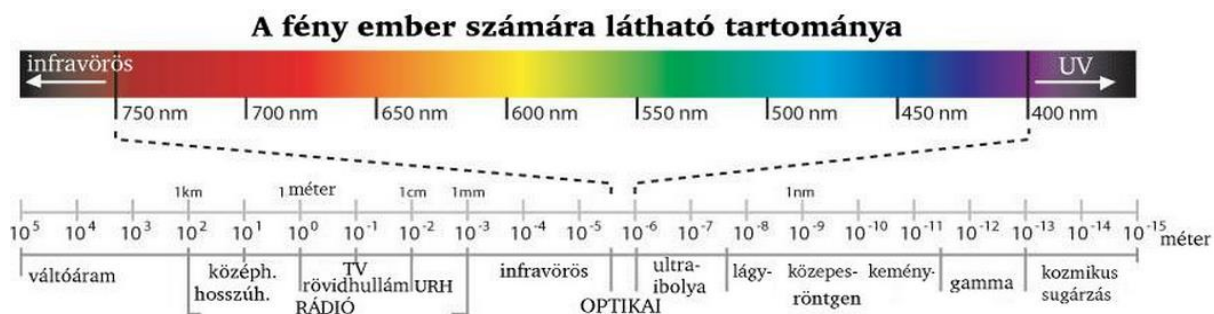
A tizenkilencedik század közepe felé Jakob Lorber 1851-ben „A napfény gyógyító ereje” című könyvében újraélesztette a napfényvel való kezelés módszerét. A könyvében szót ejt arról is, hogy a bárány vagy egészséges borjú vérének szolarizálásakor kapott vörösesbarna por kitűnő gyógyszer a tüdő betegségei és a vérzések kezelésére. A könyv vége felé napfénykezeléseket mutat be bizonyos betegségekre, például a rosszindulatú daganat ellen, valamint leírja, hogyan készítsünk napfénytinktúrát.

A napfényterápia egy másik úttörője, talán a legjelentősebb, egy dán orvos, Niels Ryberg Finsen (1860–1904) volt. Ő volt az első, aki tudományosan kidolgozta a fényterápiát, mesterséges fényt használva. 1892-ben kezdett szénívvvel dolgozni a bőrtuberkolózis (lupus

vulgaris) kezelésére. Megfigyelte, hogy ez az állapot erősen romlik télen, és arra a következtetésre jutott, hogy a napfény fontos szerepet játszik ebben a betegségben. E területen végzett több éves munkája és számos páciense csodával határos felgyógyulása eredményeképpen 1903-ban Nobel-díjat kapott, és a „fotobiológia atyjaként” vált közismertté.

A XXI századra számtalan módon alkalmazzák a gyógyításban a fény- és szinterápiát. A fény éltető és gyógyító hatásán kívül betegségeket is okozhat (bőrrák), és az ember kidolgozta fegyverkénti alkalmazásának módját is (nagyenergiájú lézer).

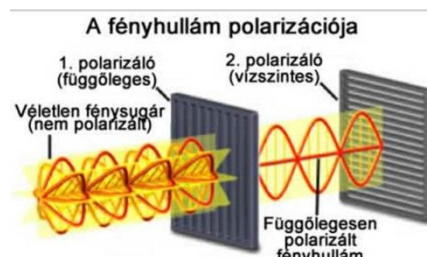
Mi is a fény? A fény emberi szemmel érzékelhető elektromágneses sugárzás.



Elektromágneses sugárzás teljes spektruma

A fény tulajdonságait meghatározó három fő szempont:

1. intenzitás vagy amplitúdó, amelyet az ember fényerőként, fényességként érzékel;
2. frekvencia (és ezzel összefüggésben a hullámhossz), amelyet az ember színeként érzékel;
3. polarizáció, azaz az elektromágneses rezgés iránya, ezt az átlagember normál körülmények között nem érzékeli, de például bizonyos rovarok igen.



A fény polarizációja

A hullám-részecske kettősség alapján a fény hullámtulajdonságokkal és részecsketulajdonságokkal is jellemezhető. A részecskéket a kvantummechanika a fény kvantumainak, fotonoknak nevezi. A fotonok olyan részecskék, amelyek nyugalmi tömege zérus, üres térben pedig fénysebességgel mozognak.

A fény mint a gyógyítás eszköze

A koncentrált fénycsugár, ismertebb nevén a lézer három tulajdonságnak köszönhetően (nagy teljesítmény, gyorsaság és rendkívül kicsi területre is összpontosítható) fontos szerepet kapott a sebészet, a szemészet, és a bőrgyógyászat terén. A lézerszikkével rendkívül pontos vágásokat és metszéseket lehet létrehozni, és a sebgyógyulás is rövidebbé válik.

Mester Endre, a budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetem professzora volt az aki elsőként ismerte fel, hogy a sebészeti alkalmazásoknál sokkal alacsonyabb, de pontosan

meghatározható energiatartományban sejtműködéseket serkentő hatás alakul ki, amit biostimulációnak nevezett.

A kísérletes bizonyítékok hosszú sora Rubin lézer alkalmazásával kezdődött. Ennek nem poláros a fénye, de monochromaticus (azaz teljesen egyféle rezgésszámú fotonok) továbbá koherens (időben szorosan rendezett fotonok). Ez követően gázlézerek alkalmazásával (ezek poláros fényt adnak) is jó eredmények mutatkoztak.

Használta a lágylézer fényt égési sérültek fájdalmainak csökkentésére, és a sebek gyógyulásának meggyorsítására. Bebizonyosodott, hogy a lágylézer fény lerövidíti a gyógyulási időt, és csökkenti a hegeseést.

Mester Endre professzor tapasztalatai alapján kezdték vizsgálni, hogy milyen hatással van csak a monochromatikus fény, csak a koherens fény, illetve csak a polarizált fény a fekélyre, felfekvésre. Speciális fényforrások alkalmazásával kiderült, hogy önmagukban külön-külön részleges biostimulációs hatással rendelkeznek.

További kutatásuk vezetett el ahhoz a felismeréshez, hogy a polarizált fény is (a lézer mértékénél kevésbé, de jól kimutatható módon) erősíti az immunrendszert, és jelentős javulást eredményez visszérbántalmak és bőrbetegségek esetén.

Színterápia

A fény különböző színeivel történő terápia nem orvostechnikai, hanem jó közérzet termék. Ezzel betegséget gyógyítani nem lehet, csak közérzetjavító hatása van.

- A vörös szín aktivizál, élénkít.
- A narancs szín segíti a felépülést, pl. műtét után oldja a görcsöket, antidepresszáns hatású.
- A citromsárga erősíti a gyenge folyamatokat, az idegrendszert.
- A zöld kiegyensúlyoz, megnyugtat.
- A kék szintén nyugtat, hűt.
- Az indigókék inspirál, nyugtat, csökkenti az idegfeszültséget.
- Az ibolyakék/lila egyensúlyba hoz.

A fényhiány hatása a szervezetre

Az emberiség történetében számos korabeli szólás utalt arra az anyyira ismert és sokszor beigazolódott tényre, hogy ahová rendszeresen nem járnak a napsugarak, oda az orvos jár annyival gyakrabban.

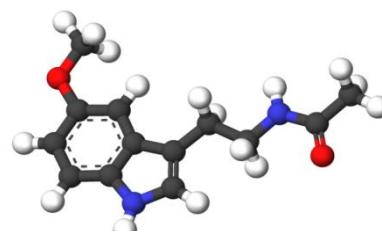
A szembe jutó fény mennyiségét a pupilla szabályozza, és a hypothalamuson (köztiagy) keresztül határozza meg a tobozmirigyben termelődő melatonin hormon mennyiségét, melyet a fény gátol, a sötétség pedig fokoz.

Amikor még nem volt sem naptár, sem óra, az emberek a természetes fényviszonyokhoz igazodtak az alvást és ébrenlétet illetően. Az utasítást mindig is a tobozmirigy adta, s így van ez mind a mai napig. Ahogy változtak az évszakok, a tobozmirigy a többi hormonra kifejett hatásával segített ősünknek alkalmazkodni az időjárás-változásokhoz.

Melatonin

A melas görög szó feketét jelent, utalva arra, hogy ez a hormon kizárólag sötétben, a sötétség hatására termelődik az élő szervezetekben.

A melatoninszint jelentős napszaki ingadozást mutat, emberekben éjjel tízszer magasabb, mint nappal. Felfedezték azt is, hogy ha az embereknek melatonint adtak, akkor elálmosodtak akár nappal is, ezek szerint fontos szerepet játszik az alvás-ébrenlét szabályozásában. Gyermekkorban a melatoninszint magasabb, mint felnőttkorban, s öregkorra mennyisége drámai módon lecsökken.



Melatonin molekulaszervezete

A rosszindulatú daganatos vagy krónikus betegségben szenvedő betegeknél is rendellenesen alacsony melatonin-vérszintet mértek, ami a melatoninnak az immunrendszerre kifejtett pozitív hatására enged következtetni. A növekedést, a szaporodást és a szexuális aktivitást is befolyásolja.

Az éjszakai műszakban dolgozók mesterséges fénynek vannak kitéve azon időszakban, amikor szervezetük a természetes sötétségre számít. A fény – akár természetes, akár mesterséges – blokkolja a melatonin természetes felszabadulását, így megzavarja alvásritmusukat.

Ma már tudományos tény, hogy az agy által termelt szerotonin nagy szerepet játszik a hangulatunk alakulásában, a vérben mérhető szerotoninszintet pedig egyértelműen a fény, illetve napfény mennyisége befolyásolja. Mindez ráadásul összefügg a melatonintermeléssel.

Fény hatása a népcsoportok mentalitására, viselkedésére

Közismert és általánosan elfogadott tény, hogy télen gyakorta csökken a munkaaktivitás, sokaknak rosszabb a hangulatuk, nincs kedvük kimozdulni otthonról. Többet alszanak, mint egyébként, ennek ellenére az alvás nem pihentető, az étvágyuk nő, és a súlyuk is gyarapodhat. Bár sokan ezt természetes állapotnak könyvelik el, ez egyáltalán nincs így. Az előbbieket a téli depresszió ún. szubszindrómális tüneteit jelenthetik, amelyek kellemetlen hatásai könnyen és gyorsan javíthatóak.

Az esetek egy részében valódi depresszió is kialakulhat, az ún. *téli depresszió*, amelyre jellemző, hogy a tünetek évről évre ősszel vagy télen kezdődnek, és késő télen vagy tavasszal minden kezelés nélkül megszűnnek.

Pontos epidemiológiai felmérések Magyarországon nincsenek, ezért csak külföldi adatokra támaszkodhatunk. Finnországban egyes becslések szerint a lakosság 20%-a szenved téli depresszióban. A betegség előfordulása és a földrajzi elhelyezkedés között egyértelmű kapcsolat van, a déli területeken sokkal ritkábban találkozhatunk téli depresszióval. Ennek ellenére a felmérések szerint Floridában 1% körül van a prevalenciája. A szubklinikus esetek száma pedig többszöröse lehet a téli depresszióénak.

A téli depresszió és különböző alvászavarok kezelésére az 1980-as évektől rendelkezésre áll egy egyszerű, olcsó, rendkívül szellemes, és mégis tudományosan megalapozott kezelési eljárás, a fényterápia. A fényterápia lényege, hogy a megváltozott cirkadián ritmust helyreállítják. 10 000 lux erősségű, napi 30 perces terápiára van szükség a leeffektívebb hatáshoz. A kezelésnek szövődménye vagy mellékhatása nincs.

Kontraindikációként a retinopathiák szerepelnek, de a kataraktás és glaukomás betegek esetén sem javasolt a fénykezelés. A fényterápia hatékonysága a szakirodalom szerint 60-90%, a remisszió már az első héten megkezdődik. Fontos, hogy a kezelések lehetőleg ugyanabban az időpontjában történjenek.

Felhasznált irodalom

1. http://www.paramedica.hu/200510/20_lelekmelyen1/index.htm Elérés ideje: 2015.06.01.
2. <http://hormon.lap.hu/tobozmirigy/25630729> Elérés ideje: 2015.06.01.
3. <http://lifepress.hu/feny-es-gyogytas/> Elérés ideje: 2015.06.01.

Korunk népbetegségei

Rác Zsuzsanna: Tények és tévhitek a depresszióról

Rác Zsuzsanna felnőtt klinikai szakpszichológus, SZTE Pszichiátriai Klinika

Hangulataink a napi események hatására változnak, könnyen felvidulunk, vagy elszomorodunk, de ezek gyorsan múló érzések, amelyek kevésbé befolyásolják életünk általános ritmusát. A hangulatzavarban szenvedők azonban hosszú ideig megragadnak egy-egy érzésben, amely jelentős mértékben akadályozza az életüket, hétköznapi feladataik teljesítését. Az elmúlt években a pszichológiai szakkifejezések elárasztották a köznyelvet, így a depresszió kifejezést is gyakran használjuk. Ennek következtében összerosódhat a normális hétköznapi hangulati állapot egy súlyos klinikai tünetmintázattal, amelyet az emberiség csekély hányada él meg. A mindennapokban megélt rosszkedv nem akadályoz minket a normális életvitelben, rendszerint átmeneti, és néha még hasznos is lehet, hiszen ilyenkor elgondolkodunk önmagunkról, az aznap átélt kudarcélményünkről, konfliktusunkról, ezek tanulságairól, a számunkra fontos dolgokról, majd megerősödve, letisztult gondolatokkal, elhatározásokkal vágunk ismét az életnek. A klinikai depresszióval ezzel szemben nincsenek pozitív oldalai. Olyan pszichiátriai zavarról van szó, amely elhúzódó lelki gyötrelmekkel jár, amelynek következményeként súlyos esetben a személy a legegyszerűbb dolgok kivitelezésére is képtelenné válik (fürdés, főzés, takarítás, munkavégzés).

A hangulatzavarok (depresszió, biploáris I. és biploáris II. zavar) a leggyakrabban előforduló pszichiátriai tünetegyüttesek egyike, élettartam prevalenciája a felnőtt populációban 8,3–24% közötti. Nőknél kétszer-háromszor gyakrabban jelentkezik, mint férfiaknál. A betegségkezdet általában a 20-as, 30-as évekre tehető, de nem ritka a gyermekkori kezdet sem.

A depresszió kialakulásukban feltehetően több tényező játszik szerepet:

- 1) genetikai: az ikerkutatások szerint az öröklődés szerepe kétségtelen, azonban az öröklődési minta, a releváns gén vagy gének még tisztázatlanok.
- 2) neurobiokémiai: a csökkent centrális szerotoninaktivitást specifikusnak tartották a depresszióra, valamint a receptorfunkciók (noradrenerg, szerotonerg, dopaminerg) megváltozása is kimutathatóvá vált.
- 3) pszichológiai: a különböző pszichológiai irányzatok különböző pszichés mechanizmusokkal magyarázzák a depresszió kialakulását (például a

pszichoanalitikus elmélet az első életév veszteségének újraélésével, a tanuláselmélet a tanult tehetetlenség tartós jelenlétével, a kognitív irányzat pedig a diszfunkcionális attitűdök, kognitív torzítások kialakulásával).

4) szociális tényezők (például munkanélküliség, szegényes társas kapcsolatok).

Depresszió klinikai megjelenése

- *A hangulati nyomottság* mindig jelen van, de ez nem feltétlenül a legszembetűnőbb tünet. Típusos esetben a hangulat a reggeli órákban a legrosszabb, külső történések nem vagy alig befolyásolják. Időnként irritabilitás is előfordulhat.
- Az *anhedónia*, az érdeklődés és örömeztettség csökkenése, a pozitív érzelmek átélésének alacsony szintje a depresszió másik alaptünete. Gyakran már a betegség kezdeti szakaszában megfigyelhető, a beteg nem mutat lelkesedést olyan dolgok iránt, amelyeket korábban élvezett. Ugyanakkor a negatív stimulusok felismerése és az erre adott reakció nem változik. A depresszív egyénnek az arckifejezése általában negatív érzelmet tükröz.
- *Energiacsökkenésről* csaknem minden depressziós beteg beszámol. Ez nehezíti az iskolai, munkahelyi teljesítést, csökkenti a motivációt, az új dolgok befogadási készségét. Feladatait, addig vállalt szerepeit nem képes ellátni. Szociális aktivitása csökken, beszűkülnek a szociális tevékenységek, interperszonális kapcsolatok.
- *Negatív kognitív séma* a depresszió további jellegzetes tünete, amely vonatkozik a percepcióra, információfeldolgozásra és az értékítéletre. A depressziós beteg világról alkotott képét egy olyan speciális szűrő alakítja, amely nem engedi át a pozitív információkat. Az érzelmek felismerésének és diszkriminációjának képessége is csökken, az információfeldolgozás egysíkúvá válik, ennek következménye lesz a túláltalánosítás és a különbségek elmosása. A világról nyert információk feldolgozásában ugyancsak a negatív színezet dominál, a jelenben minden eseménynek a negatív oldalát látja, úgy gondolja, mindent rosszul csinál, önbizalma elvész. Életét értéktelenné, saját magát a környezete számára tehernek éli meg. Az asszociációk gátoltak, nehézkesek, az emlékezet hézagos, egyirányú, a koncentráció nehezített. Büntudat, önvádolás jellemzi őket.
- *Pszichomotorium változásai* is megjelennek bizonyos súlyossági szint felett, gátoltság vagy agitáció formájában. Lelassulhatnak a kognitív funkciók, a mozgás; a beszéd elhalkul, monotonná, szegényesebbé válik. Az agitált betegek nyugtalanok, enyhe formában kéztördelés, lábmozgatás figyelhető meg, súlyosabb esetben nem képes egy helyben ülni, föl-alá járkál.
- A *vegetatív tünetek* gyakoriak, de nem szükségszerűen vannak jelen. Az egyik leggyakoribb tünet az alvászavar, hiposzomnia és hiperszomnia egyaránt előfordulhat. Az étvágy, a testsúly is megváltozhat, a szexuális érdeklődés, aktivitás csökken.
- *Fizikális tünetek* is megjelenhetnek a depresszióban. Megváltozik a szomatikus közérzet, a beteg a saját testéből érkező érzeteket is másképp észleli, értékeli. Gyakoriak a különböző szervekre vonatkozó fájdalmak, diszkomfortérzések. Leggyakoribbak a gasztrointesztinális panaszok, a mellkasi és gerincfájdalmak, fejfájás.

- *Megjelenés:* valós életkoránál idősebbnek tűnik, tartása tónustalan, mozgása lelassult, nehézkes, lomha, arca mimikaszegény, gesztikulációja csökken. Öltözködése kevésbé választékos, gyakran hord sötét ruhákat, súlyos esetben egyáltalán nem fordít gondot az öltözködésére, sőt testi higiéniáját is elhanyagolhatja.

A klinikai diagnózishoz az alábbi tünetek megléte szükséges DSM-IV-R alapján:

Major depresszív epizód

Az alábbi tünetekből legalább öt észlelhető egy kéthetes periódus folyamán. Ezek a tünetek változasként jelennek meg a korábbi funkciókhoz viszonyítva. Az első két tünetből legalább az egyik szükséges a diagnózishoz.

1. Tartós, levert hangulat, amelyet egyéni beszámoló vagy mások megfigyelése jelez.
2. Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése.
3. Jelentős fogyás vagy hízás, az étvágy csökkenése vagy növekedése.
4. Inszomnia vagy hiperszomnia.
5. Motoros agitáció vagy gátoltság.
6. Fáradtság vagy anergia.
7. Értéktelenségérzés, kifejezett önvádolás, büntudat.
8. Csökkent gondolkodási, összpontosítási, döntési képesség.
9. A halál gondolatával való gyakori foglalkozás, öngyilkossági gondolatok vagy kísérletek.

A depressziót meg kell különböztetnünk a veszteséget követő gyászreakciótól, az egyéb pszichiátriai kórképekhez vagy szomatikus betegségekhez (például hipotireózis, cerebrovaszkuláris betegségek) társuló depressziós tünetektől.

A tünetek súlyossága alapján beszélhetünk enyhe, közepes, súlyos és súlyos-pszichotikus szintű depresszióról.

Depresszió kezelési módjai

Többféle depressziót különböztetünk meg, amelyek más-más kezelést igényelnek. Alkalmazhatunk farmakoterápiás és/vagy pszichoterápiás eljárásokat egyaránt. A kezelés megválasztásakor figyelembe kell venni a depresszió súlyosságát, az öngyilkossági kísérlet valószínűségét, a depresszió kialakulásának okait, kialakulásának folyamatát, a tünetek fennállásának idejét (krónikusságát), a beteg személyiségét. A hangulatzavarok krónikus betegségek, gyakori relapsussal, visszaesésekkel, ezért kezelésük hosszú, évekig, nem egyszer élethosszig tart. Akut epizód gyógyítása mellett az ismétlődés megakadályozására is figyelmet kell fordítani.

Felhasznált szakirodalom

1. Andreasen N.C., Black D.W.: Bevezetés a pszichiátriába. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997.
2. Comer R.J.: A lélek betegségei. Osiris Kiadó, Budapest, 2000.
3. Füredi J., Németh A., Tariska P.: A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009.

4. A DSM-IV-TR diagnosztikai kritériumai. Animula Kiadó, Budapest, 2001.
5. BNO-10 zsebkönyv. Animula Kiadó, Budapest, 2004.

Benkóné Szenteczki Magdolna: Diabetes és diéta

Benkóné Szenteczki Magdolna dietetikus, SZTE SZAKK Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás

A diabetes mellitus századunk egyik legjelentősebb „civilizációs” betegsége. Hazánkban a cukorbetegség gyakoriságát 5-5,5%-ra becsülik, ezen belül 90% feletti 2-es típusú diabetes előfordulással. Kiemelt figyelmet érdemel azért is, mert a 2-es típusú diabetes manifesztációja egyre fiatalabb életkorra tevődik, valamint jelentős népegészségügyi probléma a szövődmények kialakulása és azok kezelése.

Ha áttekintjük a szénhidrátanyagcsere-zavarok kritériumrendszerét, azt mondhatjuk, hogy az étrendi kezelés, diéta (étrend és életmód) minden esetben fontos része a kezelésnek. Elsőként választandó, vagy a gyógyszeres, inzulinkezelés mellett, elengedhetetlen része.

A diabetes kialakulásában hajlamosító tényező a genetika, környezeti hatások mellett az étrend energia-, zsír-, szénhidrátgazdagsága, a mozgásszegény életmód következtében kialakuló túlsúly, elhízás, emelkedett testzsír %, túlsúly okozta inzulinrezisztencia, kompenzációs hyperinsulinaemia.

Megelőzésében nagy szerepe lehetne az egészséges táplálkozás irányelveinek betartásának. Az étrendi kezelés célja az ideális testtömeg elérése és megtartása, a normoglikæmia fenntartása, a szövődmények kialakulásának megelőzése.

Az étrend általános jellemzője az egyénre szabott energiabevitel, az energia-egyensúly fenntartása, megfelelő tápanyagarányok biztosítása és megfelelő étkezési ritmus kialakítása.

A diabeteses étrend szénhidrát-tartalma 50-55 energia%, étkezésenként meghatározott szénhidrát-tartalommal. Nyersanyagválogatással és megfelelő konyhatechnikai műveletek alkalmazásával elsősorban alacsony és közepes glikémiás indexű élelmiszerek, ételek illeszthetők a cukorbeteg étrendjébe.

A glikémiás indexet jelentősen befolyásolja a szénhidrát típusa – pl. a magasabb amidóztartalom –, a rostanyag tartalom, a kímélő konyhatechnika alkalmazása és a menüben az egyidejű fehérje és zsiradék jelenléte.

Elengedhetetlen – ha egyéb okból nem kontraindikált – a rostgazdagság biztosítása, napi 30 g rost elfogyasztásával (hántolatlan gabona, korpa, hüvelyesek, főzeléknövények, gyümölcsök).

Fontos a cukor, méz, szőlőcukor és ezekkel készült termékek kerülése.

Az étrend alapját elsősorban a hántolatlan gabonák, alternatív gabonák, teljeskiőrlésű lisztekkel készült kenyerek, hüvelyesek, zöldségek-, főzeléknövények, gyümölcsök képezik. Tejet (savanyított tejterméket) naponta 2x-3x 2 dl mennyiségben ajánlott fogyasztani. Az úgynevezett hozzáadott fruktóz (mint édesítőszer) használatában is önmérséklet szükséges, és a szénhidrátbevitelbe bele kell számolni!

Az étrend energia- és szénhidrát-tartalma, az étkezésenkénti szénhidrát-tartalom több tényező függvénye. Az egyénileg meghatározott napi energia- és szénhidrát-szükséglet részétkezésekre a napi bevitel %-ában adják meg. Általában a naponta adható szénhidrát-mennyiség 20%-a a reggeli, 10%-a a tízórai, 35%-a az ebéd, 10%-a az uzsonna, 25%-a a vacsora, vagy 20%-a a vacsora és 5%-nyi utóvacsora, amennyiben nem öt, hanem hat étkezést kell biztosítani. Így például, ha az étrend 150 g szénhidrátot tartalmazhat naponta, étkezésenként 30-15-50-15-40 g szénhidrátot kell adni.

A diabeteses étrend 15-20 energia% fehérjét tartalmazzon, (0,8-1,0 g/ttkg/ nap) 30-maximum 50% állati eredetű fehérjetartalommal. Zsírszegény húsok, hal, zsírszegény felvágottak, zsírszegény tej, kefir, joghurt, zsírszegény sajtok, túró, tojás heti 3-4, hántolatlan gabonák, alternatív gabonák, durum tészta, hüvelyesek, kevés olajos mag, mely fedezi a fehérjeszükségletet. A zsiradékok: 25-30 energia%-ot képviselnek (1,0 g/ttkg), a telítetlen zsírsavak aránya legalább 10 energia% legyen (olivaolaj, tengeri halak, busa, repceolaj, olajos magvak). Koleszterintartalma max. 250-300 mg/nap. Az állati eredetű fehérjeforrások zsír- és koleszterintartalma jelentős lehet, ezért gondos válogatásuk szükséges.

Megfelelő konyhatechnikai eljárások alkalmazásával csökkenthető a zsiradékok felhasználása. Párolás, gőzben főzés, sütőfólia, sütőzacskó használata, grillezés, egyszerű habarás, szárazrántás használata ajánlott.

Vitaminok, ásványi anyagok tekintetében az egészségeseknek megfelelő mennyiségek fogyaszthatók, ha egyéb betegségek, szövődmények mást nem indokolnak.

A diabeteses étrendi kezelésének fontos része a megfelelő testtömeg elérése és fenntartása. A testtömegcsökkentés tervezésénél a heti 60 dkg – 1,0 kg fogyás az elvárható cél, amihez megfelelő energiadeficitet kell elérni. A rendszeres fizikai aktivitás elengedhetetlen, mivel az növeli az izmok glükózfelhasználását, csökken az inzulinrezisztencia, normalizálódik a zsír-izomtömeg aránya. Javasolható a gyors séta, úszás, kerékpározás, tánc, akár csak közepes intenzitással.

A diabeteses beteg gondozása teamfeladat, melyben az orvos, dietetikus, ápoló, gyógytornász közös, összehangolt munkája lehet a legeredményesebb.

Felhasznált irodalom

1. Halmos T., Jermendi Gy.: Diabetes mellitus. Elmélet és klinikum. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2002.
2. NEMFI Szakmai protokoll a diabetes mellitus dietoterápiájáról felnőtt korban. <https://kollegium.gyemszi.hu> Elérés ideje: 2014.09.15.

Fekete Lászlóné: A diabetes szövődményeinek megelőzése

Fekete Lászlóné osztályvezető főnővér, Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológiai és Diabetológiai Osztály

A diabetes mellitus előfordulásának gyakorisága a világon – így Magyarországon is – rohamosan nő. A cukorbetegnek több mint 80%-a 2-típusú diabetes mellitusban szenved.

Magyarországon a közelmúltban elvégzett felmérések adatai alapján megközelítőleg 700 ezer diagnosztizált cukorbeteg él, de számuk a nem diagnosztizált esetekkel együtt elérheti az 1 milliót is. A cukorbetegség késői szövődményeit kisér- és nagyérszövődményekre (diabetikus mikroangiopathia és makroangiopathia) lehet felosztani. A kisérszövődmények a szemet (retinopathia), a vesét (nephropathia) és az idegrendszert (neuropathia) érintik. A kisérszövődményeket a cukorbetegsége kizárólagosan jellemző, ún. diabetes specifikus szövődményeknek is nevezzük, melyek hosszabb betegség után alakulhatnak ki. A nagyérszövődmények klinikai megjelenési formái azonosak azzal, amit általános érlemezés (arteriosclerosis) esetén lehet megfigyelni. A nagyérszövődményekhez vezető érlemezés cukorbeteg esetében azonban fiatalabb életkorban, kiterjedtebb formában, a két nemet közel azonos gyakorisággal érintve fordul elő. A nagyérszövődmények érinthetik az alsó végtagi ütőereket, a szív koszorúereit vagy az agyi ereket, alsó végtagi fekélyt, szívizomelhalást (szívizominfarktusz) vagy agyszövetelhalást (stroke) okozva. Míg a mikrovascularis szövődmények elsősorban a betegek hosszú távú életminőségét befolyásolják, addig a makrovascularis szövődmények az életminőség mellett az életkilátásokat is meghatározzák. A stroke gyakorisága 2-es típusú cukorbetegségben 3-szorosára, a cardiovascularis események előfordulása pedig 2-szeresére nő. A cukorbeteg halálozását 85%-ban makrovascularis szövődmények okozzák. A cukorbeteg késői szövődményeinek jelentőségét tehát hangsúlyozza, hogy a vakság, a művesekezelés, az alsó végtagi amputatio hátterében a cukorbeteg okozta kisérszövődmények állnak a vezető helyen, a cukorbeteg halálozásában pedig a nagyérszövődményeknek van döntő szerepük.

A szövődmények kialakulásának legfontosabb tényezői: a diéta részleges vagy teljes hiánya; csökkent vagy hiányos fizikai aktivitás; a cukorbetegséggel kapcsolatos ismeretek elégtelensége; betegség tudat hiánya; együttműködési készség hiánya; a rendszeres ellenőrzés/önellenőrzés hiánya; a gyógyszeres kezelés elégtelensége; a megfelelő gyógyszeres terápia (ált. inzulinkezelés) elutasítása; szociális/családi okok.

Ahhoz, hogy a cukorbeteg gondozása eredményes legyen, komplex megközelítésre van szükség. Kiemelt szerepe van az étrendi kezelésnek, a testmozgásnak/életmódnak, a gyógyszeres kezelésnek és a rendszeres diabetológiai ellenőrzésnek. Ebben a komplex kezelésben kiemelkedő jelentősége van a teammunkának: a beteg, a szakdolgozó és az orvos szoros és interaktív együttműködésének. A szakdolgozó szerepe ebben a gondozási rendszerben rendkívül összetett. Hagyományos szerepkörbe tartozik a testsúlymérés, vizeletvizsgálat (cukor, aceton, fehérje), vénapunkció, injekciós területek, injekciózó készlet és tárolás ellenőrzése, lábvizsgálat, egyéb rizikótényezők (pl. dohányzás) feltárása. A szakdolgozó kiterjesztett szerepkörbe tartozó feladatok: diétás oktatás/tanácsadás, rendszeres ellenőrzés és a jó vércukor-beállítás jelentőségének ismertetése; összefüggés a szövődményekkel; vércukor-önellenőrzés és értékelés megtanítása, betegek oktatása a helyes öninjekciós technikára, lábápolás megtanítása, jelentőségének ismertetése; a dohányzás veszélyeinek ismertetése, a leszokás jelentősége, általános egészségnevelés, utánkövetés, további tanácsadás.

Napjainkban a cukorbeteg gondozásának egyik legfontosabb célja a normális életvitel és életminőség megőrzése, az idült szövődmények megelőzése (primer prevenció), vagy kialakulásuk esetén hatékony kezelése (secunder prevenció). Az utóbbi évtizedekben a cukorbeteg jól kezelhetővé vált, a betegek várható élettartama kitolódott, ugyanakkor a

hosszú évekre, sokszor évtizedekre nyúló kórtörténet során nagyobb lehetőség van a késői szövődmények kialakulására is.

A betegoktatást mindig az alapoktól kell kezdeni. Fel kell mérni a beteg állapotát, és a meglévő információink alapján kell elkezdeni az oktatást. Az oktatás egyik legfontosabb alappillére, hogy a beteg tisztában legyen a diétával. Fontos kiemelni, hogy a szakszerűen és következetesen betartott diéta nélkül a gyógyszeres terápia önmagában szinte sohasem lehet sikeres. A betegnek az elfogyasztott táplálék összetétele, szénhidrát- és energiatartalma, valamint glikémiás indexe mellett tudnia kell azt is, hogy hányszor és milyen időpontokban étkezzen, és az étkezést hogyan hangolja össze mindennapi tevékenységével. A második alapvető tudnivaló ugyanis a cukorbeteg emberek számára a fizikai aktivitás jelentőségének ismerete, különös tekintettel annak szénhidrát-anyagcsere hatásaira. Fontos, hogy a gondozás során a betegek elé mindig megvalósítható, reális célokat tűzzünk ki, amit szívesen és rendszeresen végeznek/végezhetnek. Tanácsaink mindenkor legyenek személyre szabottak, álljanak összhangban a beteg szellemi és fizikai állapotával, terhelhetőségével, valamint anyagi lehetőségeivel. Nem biztos például, hogy rendszeresen el tud járni úszni vagy futni (pl. a már esetlegesen kialakult lábszövődmények, ízületi panaszok, vagy akár anyagi okok miatt sem), ugyanakkor lehetősége volna gyalog menni dolgozni vagy a lift helyett a lépcsőt használni, hiszen ezeknek a mozgásformáknak is jelentős anyagcserehatása van.

A mindenre kiterjedő edukáció a prevenció egyik legfontosabb eszköze, mert a diabetes progresszív és élethosszig tartó krónikus betegség. A betegek igénylik a tájékoztatást, szeretnék állapotukat maguk is ellenőrizni és azon javítani. A betegség hatékony kezelésének igen fontos része az önmenedzselés. Ennek érdekében minden tudást meg kell adni a betegek számára, ugyanakkor nem szabad elfelejteni azt sem, hogy a sikeres edukáció nem mechanikus és egyoldalú tudásközvetítést jelent!

Az oktatás során nagyon fontos a kölcsönös információcsere, a visszajelzés, a problémák közös megvitatása. Az edukáció alatt nyugodt körülmények között beszéljünk a beteggel, ha lehetséges és szükséges, akkor a hozzátartozókat is vonjuk be az oktatásba. A körülmények helyes kiválasztásával érjük el, hogy a beteg minél nyitottabb legyen az ismeretek befogadására. A beteget mindig az értelmi szintjének megfelelő edukációban kell részesíteni. Törekedjünk partneri viszony kialakítására, hogy a beteg egyenrangú félnek érezhesse magát. Ez jelentősen növelheti munkánk hatékonyságát.

A hagyományos mindennapi szakdolgozói szerepkört számos olyan tevékenység is kiegészíti, ami elengedhetetlenül szükséges a diabetesgondozás sikeréhez (*ld. fentebb*).

A testsúlymérést kövesse diétás oktatás/tanácsadás vagy egy rövid, probléma orientált re-edukáció. Fontos, hogy a vizelet vizsgálata (aceton, cukor, fehérje) mellett a beteg tájékoztatást kapjon a szövődményekről, és így tudatosuljon benne a rendszeresen ellenőrzés jelentősége. Tisztában kell lennie a vércukor-önellenőrzés fontosságával, a helyes öninjekciózás technikájával, valamint betegségének egyéb rizikótényezőivel is. Fel kell hívni a beteg figyelmét arra, hogy a dohányzás cukorbetegségben fokozott kockázattal jár és segíteni kell, hogy hozzáférhessen a leszokáshoz szükséges információs segédanyagokhoz.

Fájdalmatlan neuropathia fennállása esetén a talpakon, a fokozott nyomásnak kitett területeken fekély keletkezhet, ami fertőzésekhez, gangraenához, akár csonkoló műtétekhez vezethet. A szakdolgozó egyik kiemelt feladata a lábak állapotának ellenőrzése, a helyes

lábápolás szükségességének és módszereinek ismertetése. A lábszövődmények megelőzésében legfontosabb a láb sérüléseinek megelőzése. Ennek alapja a megfelelő lábhygiéna biztosítása, puha zokni használata, kényelmes, kellő méretű cipő viselése. A körmöket fokozott óvatossággal kell vágni. Az elváltozások, sérülések időbeni felismeréséhez a láb naponta végzett önvizsgálata ajánlott. Hívjuk fel a beteg figyelmét arra is, hogy neuropathia fennállása esetén mód van speciális gyógycipő felíratására is.

Mindennapi tevékenységünk legfontosabb célja tehát az, hogy a cukorbetegség komplex gondozási folyamatában aktívan közreműködve elősegítsük a betegek életminőségének megőrzését, életkilátásainak javítását, meggátoljuk a krónikus szövődmények kialakulásának folyamatát. Ez a cél csak a gondozást végző orvos, egészségügyi személyzet és a beteg tudatos és tartós együttműködése révén valósítható meg.

Felhasznált irodalom

1. Baranyi É., Békefi D., Fövényi J.: Diabetes mellitus. Melania Kft., Budapest, 1998.
2. Winkler G., Baranyi É.: Cukorbetegség kézikönyve. Springmed Kiadó, Budapest, 2006.
3. Winkler G., Baranyi É.: Gyakorlati diabetológia 2010. A diabetes gondozás vezérfonala. Melania Kft., Budapest, 2010.

Fekete Linda: Virtuális colonoscopia

Fekete Linda képi diagnosztikai és intervenciós asszisztens

A CT virtuális colonoscopia a colon CT vezérelt képalkotó vizsgálata, mely új távlatokat nyitott a vastagbél konvencionális vizsgáló módszerei között. Ismertetése előtt azonban szükséges néhány mondatban áttekintést adni a CT, azaz computer thomographiás képalkotásról. A CT röntgensugárzással működő képalkotó eljárás, a következő tartozékokkal alkot komplett egységet:

- vizsgálóasztal (függőleges, vízszintes irányban mozgatható, súlylimit!);
- Gantry (röntgenső, detektorrendszer, kollimátorok, hűtőrendszer);
- generátor (feszültség, energia a röntgensőnek);
- computer (szabályozza, vezérli a berendezés alkotórészeit, adatgyűjtés, képrekonstrukció);
- operátorkonzol (kommunikáció ember-gép között, adatok, protokollok kiválasztása);
- orvosi konzol (képtárolás, archiválás).

A testbe be- és kilépő röntgennyalábok különbségét abszorpciós profilnak, projekciónak nevezzük. A CT-felvételek alapjául szolgáló metszeti képalkotás lényege, hogy különböző irányokból felvett, kellően nagy számú projekció segítségével meghatározható, hogy egy képszelet milyen sugárelnyelésű térfogatelemekből áll. A testből kilépő, gyengülést szenvedett röntgensugarat detektor fogja fel, és az így kapott adatokat a számítógép matematikai módszerekkel képpé alakítja. A folyamat két részből áll. Az első a mérés, a második a képrekonstrukció szakasza, mely a kép rögzítésével fejeződik be. Mindemellett másodlagos

képfeldolgozásra is van lehetőség. Ez a leegyszerűsített mechanizmus az alapja a CT-képképzésnek, amely lehetővé teszi a vastagbél noninvazív vizsgálatát.

A vastagbél kb. 150-160 cm hosszúságú szerv, ahol már csak a víz, ionok és néhány vitamin szívódik fel. Az átmérője 6-8 cm, a rectum irányába fokozatosan csökken. Fő anatómiai egységei: colon ascendens, flexura hepatica/flexura coli dextra, colon transversum, flexura coli sinistra/flexura lienalis, colon descendens, colon sigmoideum, rectum, anus.

Betegségei között a legtöbb esetben a daganatos elváltozások az élenjáróak, melyek lehetnek benignus (jóindulatú) és malignus (rosszindulatú) jellegűek. Benignus – a teljesség igénye nélkül – pl. a leiomyoma (jóindulatú simaizomdaganat, mely nagyon ritkán premalignus), hamartoma (differenciált sejtcsoportot alkotó laesio, mindig jóindulatú), adenoma (mirigyhámából kiinduló jóindulatú daganat), lipoma (zsírdaganat), polip (vastagbél falán lévő szövethövelék, precarcinomás elváltozásnak kell tekinteni). Malignus kórképe az adenocarcinoma (mirigyhám eredetű, különféle formát öltő daganat), hétköznapi nyelven vastagbélrák, mely Magyarország lakosságának a második leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedése. Bizonyos statisztikák szerint a nők körében már az élre tört.

Annak a megállapításához, hogy benignus vagy malignus laesioról van-e szó, számos vizsgálat szükséges. Ezek keretében kerül sor a CT vezérelt virtuális colonoscopiára, ahová a páciens szakorvos (a legtöbb esetben belgyógyász) utalhatja be és előjegyzés alapján történik. Metodikája 4 részre osztható:

1. otthoni előkészület;
2. közvetlenül a vizsgálat előtt a páciens kikérdezése;
3. vizsgálat;
4. hazatávozás.

Az otthoni előkészület tekintetében a teendőkről a beutaló orvos tájékoztatja és látja el utasításokkal az érintettet. A virtuális colonoscopiát megelőzően 4-5 nappal egy speciális étrendet kell betartani, mely értelmében nem lehet szilárd ételeket enni, csak pépes-folyékony állagút, pl. húsleves, joghurt, rostlevek, pürék stb. Ezek mellé pedig nagyon sok folyadékot kell fogyasztani, ami lehetőleg víz vagy ásványvíz legyen. Az időpontot megelőző nap, illetve aznap már csak folyadék fogyasztható. A diétával párhuzamosan laxatívumot (Endostar Lavage, Fleet oldat stb.) kell szedni annak érdekében, hogy megfelelően kitisztuljon a bélrendszer, és salakanyagtól mentes legyen, ami elengedhetetlen feltételnek minősül.

A vizsgálat kezdetekor ki kell kérdezni a beteget az irányban, hogy cukorbeteg-e, és amennyiben igen, milyen cukorgyógyszert szed. Azért releváns, mert meghatározott antidiabetikumok (pl.: Meforal, Metfogamma, Merckformin...) kontraindikáltak a CT-vizsgálat során adott kontrasztanyaggal. Így az eljárás előtt legalább 2-3 nappal ki kell hagyni ezeknek a gyógyszereknek a szedését, vagy adott esetben helyettesíteni kell egy másfajta (kontrasztanyag „barát”) készítménnyel. Ennek hiányában súlyos szövődmények léphetnek fel, akár veseelégtelenség is kialakulhat. A diabéteszen kívül arról is informálódni kell, hogy zöldhályog, szürkehályog, esetleg prosztatabetegség fennáll-e a páciensnél, ugyanis a CT-felvételeken a bélrendszer általi mozgási artefaktumot Buscopannal redukáljuk. Ha van, akkor másik simaizom relaxánst kell választani.

A tájékozódást követően a páciens hanyatt fekszik a vizsgálóasztalon. Mivel a Buscopan adása intravénásan történik, és alapesetben – páciens írásbeli beleegyezésével –

kontrasztanyag vizsgálatról van szó, ennek érdekében szükséges vénát biztosítani egy megfelelő branül segítségével. A virtuális colonoscopia lényege, hogy a vastagbél lumenét levegővel töltjük fel, ezáltal a két fala elválik egymástól, és így teljes mértékben vizsgálható lesz. A levegővel való feltöltést egy vékony, lyukas végű beöntő csövön keresztül, pneumocolon segítségével végezzük. Szükséges a folyamat során a beteg kooperációja, mert az eljárás végéig (kb. 10-15 perc) bent kell tartani a beadott levegőt. Miután megfelelő mennyiségű levegő került a colonba, rákötöttük a branülre a kontrasztanyagpumpát, beállítottuk a felvételt, a betegadatokat beírása és a protokoll kiválasztása következik az operátori konzolon.

Először egy kétirányú tájékoztató felvétel készül, amire megtervezzük a vékony szeletes (1,5 mm) primer sorozatot a diaphragmától/flexura lienalistól az anusig terjedően. A mérések légzésvezérelve, beszívott levegővel történnek. Az natív sorozatot követően a vizsgálat alanya a hasára fordul, ügyelve a korábban beadott levegőre, és elkészítjük a kontrasztanyag felvételeket. A kontrasztanyag áramlása közben melegségérzés, szájszárazság, vizelési inger léphet fel, azonban ez hamar elmúlik. A második széria elkészültével lényegében véget is ért a vizsgálat, a páciens otthonába távozhat. Az utómunkálatok során az orvosi konzolon radiológus készíti el az ún. nyersadatokból a 3D rekonstrukciós és mozgóképfelvételeket.

A CT virtuális colonoscopia számos előnnyel rendelkezik. Rövid ideig tart, kevésbé megterhelő és fájdalmas, szemben a vastagbél tükrözéssel, idősebbeknél is alkalmazható, súlyos colonszűkület esetén is kivitelezhető, olyan esetben, ahol az endoszkóp már elakadna.

Mindemellett csekély a perforatio lehetősége, nem utolsó sorban informatívabb, mert átfogó képet ad a hasi státuszról. Hátránya azonban, hogy nem a valós nyálkahártyaképet mutatja, sugárterheléssel jár, kontrasztanyag érzékenység esetén csak natív felvételek készülnek, így kevésbé informatív, továbbá szövettan nem nyerhető. Szűrővizsgálatként indikált az olyan panaszmentes páciensek számára, akik 50 év felettek, esetleg előfordult a családi anamnézisben colonelváltozás. Másrészt a fennálló klinikai tünetek pl. puffadás, vérszékelés, hasmenés, székrekedés, fogyás, étvágytalanság, anaemia stb. alapján szükséges, és akár életmentő vizsgálat is lehet.

Felhasznált irodalom

1. Fráter L.: Radiológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2008.
2. Kalina I.: Vizsgáló eljárások klinikai jelentősége – Computer Tomográfia. <http://oftankonyv.reak.bme.hu/tiki-index.php?page=Vizsg%C3%A1ll%C3%B3el%C3%A1r%C3%A1sok+klinikai+jelent%C5%91s%C3%A9ge++Computer+Tomographia> Elérés ideje: 2012.08.12.
3. Kiss I. (2005): Virtualis colonoscopia. <http://www.klinikaikozpont.u-szeged.hu/radiology/pdf/ct-alap/25.pdf> Elérés ideje: 2012.08.12.
4. Weninger Cs. (2011): Computer-tomográfia. Radiológiai alaptanfolyam. http://www.aok.pte.hu/docs/radio/file/05_CT_alapok.pdf Elérés ideje: 2012.08.12.

A szakdolgozói hivatás színes világa

Rác Szilvia: A reklám hatása a vény nélküli gyógyszerek forgalmára

Rác Szilvia vezető asszisztens, Szent Györgyi Albert Klinikai Központ, Központi Gyógyszertár

Magyarországon csak törzskönyvezett gyógyszerek kerülhetnek forgalomba. A törzskönyvezés: jogi, állami eljárás, melynek célja, hogy a felhasználóhoz csak hatásos, biztonságos és megfelelő minőségű gyógyszer kerüljön.

Magyarországon 1968 óta az OGYI felelős az új termékek értékelésért és a minőség ellenőrzésért. Az Európai Unió tagországain belül négy eljárással valósul meg a törzskönyvezés:

1. Centralizált
 2. Kölcsönös elismerésen alapuló
 3. Decentralizált
 4. Nemzeti törzskönyvezési eljárás
1. A **centralizált, központosított eljárásnál** az új gyógyszerkészítmény dokumentációjának az értékelését az EMA (Európai Gyógyszerügyi Hivatal) végzi el, az Unió valamennyi tagállamában érvényes forgalomba hozatali engedélyt pedig az Európai Bizottság adja ki. (CHMP: Európai Gyógyszerügynökség emberi felhasználásra szánt gyógyszerkészítmények bizottsága)
 2. A **kölcsönös elismerési eljárás:** olyan készítmény esetén valósul meg, amely a forgalomba hozatali engedély benyújtásának időpontjában már legalább egy tagállamban rendelkezik forgalomba hozatali engedéllyel. Értékelésére és engedélyezésére a nemzeti hatóság jogosult. Vállalja az értékelő vélemény elkészítését, melynek alapján más országok *gyorsított eljárással* fejezik be az új gyógyszer törzskönyvezését.
 3. **Decentralizált eljárás:** olyan készítmény esetén valósul meg, amely a forgalomba hozatali engedély benyújtásának időpontjában még egy tagállamban sem rendelkezik forgalomba hozatali engedéllyel. Értékelésére és engedélyezésére a nemzeti hatóság jogosult. Több tagországban párhuzamosan zajló forgalomba hozatali engedélyeztetés 210 nap.
 4. **Nemzeti eljárás:** a gyógyszerkészítmény értékelését a nemzeti hatóság végzi, a forgalomba hozatali engedély csak az adott országban érvényes. 1994 óta Magyarországon a centralizált törzskönyvezési eljárást alkalmazzák. Az EMA-n keresztül kell regisztrálni és forgalomba hozni az új terméket. Ebben az esetben az Európai Unióra érvényes az engedély.

A centralizált törzskönyvi eljárásnak óriási előnye, hogy a termék értékelését csak egy alkalommal kell elvégezni, az értékelésben valamennyi tagország képviselője részt vesz (EU). A forgalomba hozatali engedély valamennyi tagországban érvényes, viszonylag gyors. 5 évre érvényes, majd újra felülvizsgálják. Ha ezek után is pozitív a vélemény, akkor az engedély érvényessége korlátlan lesz.

A *szabadalmi oltalom*: 20 év az originális, innovatív készítményekre. Az originális gyógyszer termékszabadalmi lejárata után következhet a generikus gyógyszerek gyártása,

melynek az eredetivel azonos hatóanyagúnak kell lennie. Vény nélküli gyógyszerek azonnal forgalomba hozhatók, ha van engedély, mivel ezek árát a forgalmazó határozza meg. A vénykötelesek esetében várni kell a TB „befogadására”, azok nem jelennek meg automatikusan a piacon. Egy új gyógyszer rendelkezése, ára, TB-támogatása az egyes országok belügye. A vény nélküli gyógyszerek közönséges árucikké válása a gyógyszer-értékesítés liberalizálására vezethető vissza. Közel 700 vény nélküli gyógyszer van forgalomban. Ezek nagy része kapható: gyógyszertár, drogéria, benzinkút, supermarket, online. A net a világ legnagyobb ellenőrizetlen piaca (a WHO becslése szerint 50%-a az eladásoknak).

Netes vásárláskor fontos tudnivalók:

- A webáruházat, ahol vásárolunk, egy hatóságilag engedélyezett gyógyszertár működtesse.
- Ne vásárolj, ha nincs regisztrálva a cég Magyarországon!
- Ne vásárolj, ha nincs OGYI, EMA szám!

Az öngyógyítás egyik eszköze a vény nélküli gyógyszerek vásárlása, szedése. Az emberek úgy gondolkodnak, hogy ezzel időt, energiát takaríthatnak meg. Nem kell elmenni az orvoshoz, és a várakozási időt is megspórolják.

A 2007-es Gyógyszergazdaságossági törvény (melyben csökkent a TB-támogatás mértéke), a vényköteles gyógyszerek fogyásának csökkenését eredményezte, még a recept nélkülieké 41%-kal nőtt. A vény nélküli gyógyszerek forgalmának növekedését a reklámpolitikára is visszavezették. 2001–2007 között évente 15%-kal nőtt a gyógyszer-értékesítés Magyarországon. Nemzetközi szinten ez csak 5-10%. Az intenzív, erőszakos reklámpolitika jobban hat Magyarországon, mint az európai átlag. Egy 2005-ös felmérés szerint minden harmadik felnőttet befolyásol a reklám. Az Egészségbiztosítási Pénztár szerint ez az oka, hogy a franciák és a görögök mellett a magyarok szedik a legtöbb gyógyszert. A lakosság vásárlási szokásaiban a gyártók és forgalmazók által alkalmazott promóciós technikák hatásai jól érzékelhetőek. A gyógyszerreklámban gyakori eszköz a dramatizálás, a bemutatott élethelyzet. A televíziós formátum nagy előnye, hogy a tüneteket, mint fájdalom, irritáció, a szédülés vagy a látászavarok – viszonylag érzékletes audiovizuális eszközökkel tudja bemutatni, nem véletlen, hogy közkedvelt a reklámozásnak ez a módja. A reklámok többsége a természetes környezetben (pl. otthon, munkahelyen) láttatja a beteget, ezzel az azonosulás lehetőségét adja meg. A reklámok többségének joviális a hangvétele. A meghökkentésre, megbotránkoztatásra építők viszonylag ritkák. Csak a pozitív előnyök hangsúlyozása a döntő: „hatékony, megbízható, gyors, tartós, kíméletes...”. A mellékhatásokról **nem** vagy alig esik szó. Kihasznlják a felgyülemlett feszültséget: „Nincs idő a fájdalomra” (önmagunkra, gyermekünkre, de még a gyógyulásra sem)!

A hirdetésekben sugallt kép és a könnyű hozzáférés ellenére egyáltalán nem veszélytelenek a vény nélküli gyógyszerek. Az, hogy nincs szükség orvosi vényre, korántsem azt jelenti, hogy bárki korlátozás és kockázat nélkül szedhetné. A reklámok sokszor tüneti kezelést nyújtanak, de terápiának tüntetik fel. Megjelenik a felelősségterelés: „Kockázatáról és mellékhatásáról...” A mellékelt tájékoztató fel vannak tüntetve a mellékhatások, **de** azok a teljesen egészséges emberekre vonatkoznak.

A közkedvelt vény nélkül kapható gyógyszereket az üzleti életben OTC (Over the counter – gyógyszertári pulton át) termékeknek nevezik. Vényköteles társaiktól maximum hatóanyag-tartalomban különböznek, de ugyanazt az elővigyázatosságot kell követni

szedésükkor!!! Az öndiagnózis, a szakmai mérlegelés nélkül történő alkalmazásuk sok veszélyt rejt magában. A leggyakrabban használt vény nélkül kapható gyógyszerek: fájdalomcsillapítók, savlekötők, nyugtatók, vitaminok, gombaölők, allergia elleni szerek.

A teljesség igénye nélkül csak néhány példán keresztül vegyük számba a veszélyeket. A leggyakrabban használt **láz-, fájdalomcsillapítók** például az aszpirin, paracetamol, ibuprofen hatóanyag-tartalmú gyógyszerek. A veszélyforrás abban is rejlik, hogy több azonos hatóanyagú, de más nevű gyógyszer létezik! Az *acetilszalicilsav* gyomorégést, gyomorirritációt, hányingert, hányást okozhat. Nagyon fontos, hogy ezeket étkezés után, sok folyadékkal kell bevenni (pl. Astrix, Aspirin, Aspirin plus C, Aspirin protect).

A *paracetamolról* érdemes tudni, hogy vese és májproblémák esetén nem szedhető. Nagyon májtoxikus, akár 12 szem is súlyos mérgezéshez vezethet! (pl. Paracetamol, Panadol, Mexalen, Rubophen, Saridon, Coldrex, Neo-citran)

Az *ibuprofen* a nem szteroid gyulladáscsökkentők csoportjába tartozik. Elsődleges mellékhatása a gyomor- és bélnyálkahártya károsító hatása. Ezért 7-10 napnál tovább nem javasolt a szedése! Gyomorvédő gyógyszer szedése is ajánlott. Növeli a vérrögképződés, stroke, infarktus kockázatát (pl. Ibuprofen, Algoflex, Advil, Nurofen, Rhinatiol, Ibustar).

A következő csoport a **savlekötők**, protonpumpa inhibitorok (pl. Almagel, Zantac, Malugél, Rennie, Controloc, Ranitidin, Talcid, Tisacid, Quamatel, Optacid). Ezeknél a gyógyszereknél is fontos az étkezés utáni bevétel és a megfelelő adagolás.

A gyomor kémhatásának csökkentésével a protonpumpagátlók megakadályozzák gombaellenes ketokonazol, itrakonazol, a B₁₂-vitamin és a vas felszívódását. Gátolja a májban egyes gyógyszerek lebomlását, ezzel erősítve a hatásukat és mellékhatásaikat (pl. a véralvadásgátló warfarin, antibiotikumok, citalopram, metotrexát). Az említett példák is mutatják, szükséges a szakorvosi kontroll, még ha csak egyszerű savcsökkentésről is legyen szó.

Vény nélkül kapható **nyugtatók** hatóanyagai gyógynövények, pl. orbáncfű, komló, macskagyökér, citromfű. Ne felejtjük el, a gyógynövényeknek is van/lehet mellékhatása. Az orbáncfű illóolaja pl. fényérzékennyé tesz (pl. Bio-Melatonin, Valeriana, Sedogelat, Hova, Nervenpflage).

A **gombaellenes** szerek között kenőcsöt, krémet, oldatot lehet vény nélkül beszerezni, pl. Candibene, Canespro, Lamisil, Pharmatex. Itt is fontos lenne az orvosi kontroll, mert nem tudhatjuk biztosan, hogy gombával állunk szemben. A gombaellenes kezelés bőrnél hónapokig, körömnél akár fél éves is lehet. Szexuális úton terjedő gombafertőzésnél pedig a partner kezeléséről is gondolkodni kell.

Az **allergiaellenes** szereknél pedig azt kell kiemelni, hogy szedésüket még jóval a tünetek megjelenése előtt ajánlatos elkezdeni (pl. Zyrtec, Claritin, Xyzal, Allegra, Parlazin, Cetrin, Affrin). Természetesen ezek esetében is javasolt szakorvosi kontroll.

A lakosság egyre jelentősebb része első és gyakran egyetlen állomásként a gyógyszertárat keresi fel, ha gyógyszerre, tanácsra van szüksége. A gyógyítási folyamatban a gyógyszertár lehet az első, de az utolsó láncszem is, ahol a beteg a gyógyszerrel kapcsolatban irányítható és ellenőrizhető. Információhoz jut, és a gyógyszerész, szakdolgozó az a személy, aki ezt kellő kompetenciával meg is teheti. A vásárlónak lehetősége van, hogy

felvilágosítást kapjon a gyógyszerekről. Sajnos ez legtöbbször a vásárló saját kezdeményezésére történik. A gyógyszerértári szakembernek meg kell győződnie, hogy aki szedni fogja, nem kerül-e veszélybe. A tájékoztatásnak pontosnak, részletesnek, de nem erőszakosnak kell lennie.

A tájékoztatás és a tájékozottság társadalmi feladat. Megoldás lehet:

- Például nemzeti nevelési stratégia kidolgozása, hiszen a neveltetésünk is meghatározza az egészséghez, betegséghez való viszonyunkat.
- Kérdezzünk bátran, kérjünk tanácsot! Ez azért fontos, mert a beteg-együttműködés még hiányos.
- Ne a reklámok hatására vásároljunk.
- Hatásos algoritmus kidolgozása az öngyógyszerezés területén (pl. kisebb kiszérés, monitorozás, gyógyszerészi gondozás, pontos tájékoztatás, ösztönözni kell a beteget a mellékhatás bejelentésére).

Az élet és az egészség védelmét kell a gyógyszerellátás során a legfőbb értéknek tekinteni!

Felhasznált irodalom

1. Major Cs.: Öngyógyszerezés helyzete Magyarországon. Doktori tézisek. Semmelweis Egyetem Gyógyszertudományi Doktori Iskola, Budapest, 2010.

Rác Zsuzsanna: Az első benyomás hatalma

Rác Zsuzsanna felnőtt klinikai szakpszichológus, SZTE Pszichiátriai Klinika

Az első benyomás az egyik legfontosabb hatás, amelyet másokra teszünk. Linda Blair klinikai pszichológus rámutatott, hogy az embereknek mindössze hét másodpercre van szükségük ahhoz, hogy valaki másról az első találkozásuk során véleményt formáljanak. Először arra figyelünk, hogy fenyegetve vagyunk-e bármilyen téren a másik által, ezután alkotunk véleményt a külsőről és a személyiségről.

Személypercepciónkra hatással van, hogy:

- hasonlít-e hozzánk az illető vagy sem;
- milyen előzetes ismereteink vannak az észlelt személyről;
- mennyire összetett a másik ember személyisége;
- mennyire közvetlen a megfigyelésünk; minél közvetlenebb a megfigyelés, annál pontosabb az észlelés;
- milyen az empátiás készségünk.

Elméletek a személyészlelésben

A másiktól érkező információk hiányosak, mégis egy egészes benyomást alakítunk ki.

- 1) Az aritmetikai modell kiinduló pontja, hogy minden tulajdonság egy szubjektív skálán helyezkedik el -7 és +7 között. Ezen belül két álláspont született:

Az összegzési elmélet képviselői azt mondják, hogy a benyomást egy személyről az általa birtokolt jellemzők értékének összege adja.

Míg az átlagolási modell szerint a jellemzők számtani átlaga adja a végső benyomást. Így csak az az információ javítja a benyomást, amely kedvezőbb, mint az átlag.

2) Gestalt modell (Solomon Asch)

Azt feltételezte, hogy a benyomás kialakítása nem csupán a célszemély különböző tulajdonságainak átlagolásával történik, inkább az egészlet megragadó folyamatokról van szó. Bizonyos vonások aránytalanul nagy hatást gyakorolnak a benyomásra – ezeket nevezte központi vonásoknak. Az, hogy egy tulajdonság centrális vagy perifériális lesz-e, függ attól, hogy milyen információk között szerepel.

Személyészlelést befolyásoló tényezők

Burkolt személyiség elméletek: felhalmozott hipotézisek és elvárások összessége arról, hogyan szerveződnek az emberi tulajdonságok és jellemvonások. Vannak tapasztalataink, amelyek arra vonatkoznak, hogy mely tulajdonságok járnak együtt. Ezek sokszor fontosabbakká válnak a személy tényleges tulajdonságainál. Például egy intelligens személyről feltételezzük, hogy egyszersmind nagyvonalú is, vagy aki udvarias, az kedves és melegszívű.

*A sztereotípiák segítségével képesek vagyunk az emberekről felhalmozott ismereteinket rendszerezni, környezetünket osztályozni, ezáltal a személyészlelés feladatát leegyszerűsíteni, például ismeretlen egyént is jellemezni tudunk. Azonban ezzel egyrészt információkat veszünk, másrészt egy adott csoportról alkotott sztereotípiánk önmagában is lehet torzított. Az *előítéletek* olyan sztereotípiák, amelyek negatív érzelmi töltéssel bírnak. Gyakran halljuk, hogy előítéletektől mentesen próbáljunk működni, azonban előítéleteink természetes módon vannak. Ami fontos, hogy ezeknek tudatában legyünk és tudjuk kezelni őket.*

Holdudvar-hatás: hajlamosak vagyunk azt feltételezni, hogyha valaki valamilyen jó vagy rossz tulajdonsággal rendelkezik, akkor az illető többi tulajdonsága is összhangban lesz ezzel, vagyis jók vagy rosszak lesznek. Sokszor a külső megjelenés szolgál alapul a belső személyes tulajdonságok következtetéséhez. A megfigyelések, vizsgálatok alapján például a vonzó külsejű embereket kevésbé szigorúan bírálják el, amikor valamilyen szabálysértést követnek el. Az emberek inkább nyújtanak segítséget egy vonzó személynek, mint egy kevésbé vonzónak. A 185 cm-nél magasabb férfiak 10%-kal magasabb kezdő fizetést kaptak egy vizsgált munkahelyi szituációban, mint a 180 cm-nél alacsonyabbak.

Elsőbbségi és újdonsági hatás: az elsőként illetve az utoljára kapott információk elmozdítják egy adott személyről kialakult véleményünket. Az elsőbbségi hatás esetén a későbbi jelzők jelentése elmozdul az elején bemutatott jelzők irányába, hogy jobban összhangba kerüljenek vele. Az újdonsági hatás pedig amiatt érvényesül, mert az új, a frissebb információkra jobban emlékszünk.

Hangulat: jó hangulatban hajlamosabbak vagyunk pozitív jellemzőket tulajdonítani másoknak.

Háttér és környezet szerepe: a fizikai környezet is hatással van benyomásainkra. Például egy barátságosabb környezetben látott interakció során pozitívabbnak ítéljük meg a részvevő személyeket.

Elnéző torzítások: alapvetően nem szeretünk társainkról negatívan ítélni, hacsak nincs valami nyilvánvaló bizonyíték. Ha nincs okunk a negatív értékelésre, akkor nem szívesen használunk súlyos vagy kritikus szavakat.

Torzítás negatív irányban: a negatív információknak aránytalanul nagyobb szerepe van a benyomás meghatározásában és a negatív első benyomás sokkal ellenállóbb a változással szemben. Ennek oka lehet, hogy a pozitív cselekedetek összhangban vannak a társadalmi elvárásokkal, míg a negatívak nem felelnek meg az elfogadott mércének, így valószínűnek tartjuk, hogy valódi és informatív egyéni jellemzőket tárnak fel.

Személyésztelés az ápoló-beteg kapcsolatban

Az ápoló és a beteg közötti találkozás egy speciális térben zajlik, ahol az ápoló és a beteg saját egyéniségén túl egy speciális szerepben jelenik meg. Mindkét szerepnek megvannak a maga elvárásai, kötelezettségei, viselkedéskészlete.

Az ápoló és a beteg között kialakuló első benyomást az alábbi tényezők befolyásolják az általános mechanizmusokon túl:

- A beteg aktuális egészségi és tudatállapota, betegségének természete, az alkalmazott kezelések jellege.
- A páciens személyisége, a szociális kapcsolatainak mértéke és minősége, ismereteinek szintje.
- A beteg egészségügyi ellátással és egészséggel kapcsolatos korábbi tapasztalatai.
- A környezet ápoló-beteg kölcsönhatást befolyásoló szerepe: az interakciók speciális környezetben, és a beteg szokványostól eltérő élethelyzetében zajlanak. Az osztály, vagy más ellátó terület jellegzetességei (előforduló betegségcsoportok, a betegek magatartása, száma, betegségük súlyossága, a személyzet száma, képzettsége, elérhetősége, a környezet kialakítása, az alkalmazott technológia) az ápoló-beteg kölcsönhatásra is kihatnak. Az adott terület légköre, az ápoló-beteg kapcsolatnak tulajdonított jelentőség szintén befolyásolja a szereplők interakcióit.
- *Nyílt pozíció sugalmazása verbális és non-verbális jelekkel:* a zárt testtartás (kéz, láb összefonása) kommunikációs akadályt jelenthet, és a beszélgetés hatékonyságát ronthatja, míg a nyílt, nyugodt testtartás a beteg felé nyugalmat, elfogadást sugároz.
- *Odafordulás a beszélgetés során:* az ápoló azzal, hogy a kommunikáció során a testével is a beteg felé fordul, fizikailag is kifejezi odafordulását.
- *Megfelelő szemkontaktus fenntartása:* kifejezheti a betegre irányuló figyelmet. A beteg igényeit figyelembe kell venni, ugyanis túl hosszú ideig fenntartva kellemetlen érzéseket kelthet benne.
- Gyakran előfordul, hogy a szereplők az *időnyomás* jelenségével szembesülnek az együttműködés során, amely azonnali döntések meghozását teszi szükségessé, nem marad idő és energia odafigyelni a tudatos kommunikációra. Ez csökkenti az alternatívák mérlegelésének lehetőségét, ezáltal a választások hatékonyságát.

A vizsgálatok alapján a leggyakrabban előforduló gátló elemek az ápoló-beteg kapcsolatban a sztereotípiák túl gyakori alkalmazása, az empátia és intimitás hiánya, valamint a barátságatlanság.

Felhasznált szakirodalom

1. Aronson E.: A társas lény. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1992.
2. Forgács J.: A társas érintkezés pszichológiája. Kairosz Kiadó, Szentendre, 1997.
3. Irinyi T.: Pszichiátriai szakápolástan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2000.

Kaszás Imre: Amit a CT-ről és az MR-ről tudni érdemes

Kaszás Imre Képi diagnosztikai szakasszisztens, DIAGNOSCAN Magyarország Kft. Szeged, szakoktató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A CT és az MR napjaink vezető képalkotó diagnosztikai eljárásai közé tartozik. A '90-es évektől kezdődően Magyarországon az egészségügyet is érintő, hatalmas technikai változásokat hozó informatikai forradalom zajlott le, ami még a mai napig tart. A vizsgálóberendezések folyamatosan fejlődnek. Egyre rövidebb idő alatt, egyre vékonyabb szeletvastagsággal, a CT esetén egyre kisebb dózisterheléssel járó új készülékek, új programok jelennek meg. Ez a jegyzet bepillantást nyújt e két vizsgálóberendezés működésének alapjaiba, kiegészítve egy-két hasznos információval.

CT (Computer Tomographia)

A CT-berendezés történelme: a CT-vizsgálat alapjait *Johann Radon* (1887–1956) már 1917-ben megfogalmazta: „...egy objektum belső szerkezete kiszámítható, ha különböző irányból több mérést végzünk róla...”. Az első CT-berendezést viszont csak 1970-ben építették meg, amit *Allan M. Cormak*-nak és *Godfrey N. Hounsfield*-nek köszönhetünk. Ez a készülék több órán át készített egyetlen szeletet, és napokig tartott, míg kiszámította azt. A finommechanika és a számítástechnika fejlődésével óriási változásokon ment keresztül a berendezés. Manapság már a röntgenső egyszeri körbefordulásával egyszerre akár 64, 128 vagy még több szeletet készíthetünk (ami ugyebár a páciens sugárterhelését nagyban lecsökkentette), és a képrekonstrukciós idő is a másodperc tört része alatt történik meg.

A CT-berendezés felépítése: egy CT-berendezés több részegységből áll. A legfontosabb egységeket a gantry tartalmazza. A gantry egy kb. 180 cm magas és ugyanennyi széles álló szerkezet, aminek közepén egy kb. 100 cm átmérőjű lyuk van. A gantryben található meg a röntgensugár-forrás, a röntgenső. Vele szemben helyezkedik el a detektorsor, ami a páciensen áthaladó meggyengült röntgensugarakat felfogja, és elektromos jellé alakítja át. Ezek egy hatalmas csúszógyűrűn helyezkednek el, és kényszerkapcsolat van közöttük. A páciens egy olyan finommechanikával ellátott vizsgálóasztalon fekszik, amelynek mozgását 1/10 milliméterben kell mérnie az igen vékony szeletvastagság (0,625 mm) miatt. És ezt az igen finom mozgást akár egy 160 kg testtömegű (ez a felső határ) emberrel is megteheti. A vizsgálatot egy ólomüveg ablak mögül egy több monitorral ellátott vizsgálópultról irányítjuk. Itt található a kontrasztanyagpumpa vezérlő egysége is. A vizsgálópult alatt helyezkedik el a több részegységből álló számítógép-komplexum, aminek teljesítménye nem hasonlítható a

hagyományos számítógépekéhez, azoknak több 10-szerese, különösen a matematikai műveletek elvégzéséhez használt processzorok kapacitása óriási. Vizsgálatokhoz különféle kiegészítő egységeket használunk. A leggyakoribb ezek közül a kontrasztanyagpumpa. A CT-vizsgálatok 70-80%-a intravénás kontrasztanyag adása mellett történik. A kontrasztanyagot egy kéttartályos pumpa segítségével juttatjuk be. Az egyikben (A) található a kontrasztanyag, a másikban (B) pedig fiziológiás sóoldat van. Pontosan meghatározható a beadott mennyiség (ml), és a beadás sebessége (ml/sec) is. Egyéb eszközök között használunk még EKG kapuzott szív CT-vizsgálathoz EKG-monitort, és vékonybélvizsgálathoz Entero pumpát is.

A CT-berendezés működése: a röntgensőből kilépő felgyorsított elektronok (röntgen fotonok) áthaladnak a leképezni kívánt testrészen, ahol jelentősen meggyengülnek, elvesztik energiájukat. Áthaladás után a röntgensővel szemben elhelyezkedő detektorsoron kisülnek, elektromos jellé alakulnak át, és egy bonyolult valószínűségszámítás elve alapján világosabb-sötétebb pont formájában jelennek meg a monitoron. Minél kevesebb energiát veszített, tehát minél nagyobb energiával sül ki a detektorsoron, annál sötétebb pont jelenik meg a képernyőn. Összességében megállapítható tehát, hogy a leképezni kívánt testrész anyagsűrűsége, és a megjelenő CT-kép szűrkeségi skálán elfoglalt helye egyenes arányban van egymással. Egy-egy CT-kép 512x512 matrixszal rendelkezik. A fent leírt műveletsort, tehát hogy több irányból méri a sugárgyengülést, majd kiszámítja annak értékét és megjeleníti a monitoron egy képpont formájában, 1 darab képen 262 144 képponton teszi meg. Ez hatalmas munka, és a másodperc tört része alatt megy végbe. Így már valamelyest érthető, hogy az 1970-es években miért volt olyan lassú a képrekonstrukciós idő, amikor is egy-egy kép kiszámítása több napig eltartott. A CT-képek egy úgynevezett szűrkeségi skálán a fehértől a feketéig több száz árnyalatban jelennek meg. Ehhez a szűrkeségi skálához önkényesen hozzárendeltek számokban meghatározható értékeket. Két alapelemet, a vizet és a levegőt vették alapul. A víznek 0 értéket adtak, a levegőnek pedig 1000 értéket. A többit ezekhez viszonyították. Így pontos számértékekben meghatározható lett egy-egy szerv vagy kóros elváltozás sűrűsége, vagyis denzitása. Ezt a módszert a CT-feltalálója tiszteletére Hounsfield-skálának nevezték el, egysége a HU (Hounsfield Unit). A CT berendezés kétféle üzemmódban dolgozhat, vagy szekvenciális, vagy helikális. Ha szekvenciális üzemmódba kapcsolunk, akkor a röntgenső és a detektor 360 fokos körbefordulás után megáll, a vizsgálóasztal tovább lép bizonyos távolságot, majd újra kezdődik a folyamat előlről. Így az adatfelvétel szakaszos, több időt vesz igénybe. Ha helikális üzemmódba kapcsolunk, akkor a röntgenső és a vele szemben elhelyezkedő detektorsor folyamatosan, megállás nélkül forog, és a vizsgálóasztal is folyamatosan mozog. Így az adatfelvétel folyamatos, nagyobb régiót rövidebb ideig lehet bepásztázni.

A CT-vizsgálat kivitelezése: egy helyesen kivitelezett CT-vizsgálatnak nagyon sok buktatója lehet, ezért csak nagyon körültekintően és figyelmesen lehet kivitelezni. A vizsgálni kívánt páciens tájékoztatni kell a vizsgálat módjáról, kivitelezéséről. Ki kell kérdezzük az esetleges kontraindikációkat, melyek meghiúsíthatják a vizsgálatot, ilyenek például: nőknél terhesség, közeli bárium kontrasztanyag vizsgálat (gyomor, vastagbél), vagy cukorbetegsége szenvedett orális antidiabetikumok jó része (Merckformin, Meforal, Adimet, Metformin, Metfogamma stb.). Ezeket a gyógyszereket a vizsgálat előtt és után 48 óráig nem szabad szedni. A betegnek vagy hozzátartozójának aláírásával kell igazolni, hogy tájékoztatást kapott a vizsgálatról és beleegyezett abba. A vizsgált területen levő fémtárgyakat eltávolíttatjuk (nyaklánc, fülbevaló, öv stb.), és kétirányú (szemből és oldalnézetből) tájékozódó felvételt készítünk a vizsgált testrészeiről, amin megjelöljük az anatómiai határokat, kijelöljük a

szkennelés kezdeti és végpontját. Egy vizsgálat lehet natív, vagyis intravénás kontrasztanyag nélküli, vagy lehet natív + intravénás kontrasztanyagadás utáni. Az intravénásan beadott kontrasztanyag után lehet akár több fázisban is dinamikus felvételeket készíteni. Ilyenkor az eltelt idő függvényében máshol jelenik meg a kontrasztanyag, lehet artériás, vénás vagy például hasi vizsgálatnál akár késői kiválasztásos fázis is. A vizsgálati idő nem túl hosszú, 3-4 perc alatt kész van egy átlagos vizsgálat, de vannak speciális vizsgálatok is (szív, vastagbél stb.), amelyek 20-25 percig is eltarthatnak. Különösebb előkészítést egy-két kivételtől eltekintve nem igényelnek a CT-vizsgálatok. Általánosságban elmondható, hogy intravénás kontrasztanyag adása előtt 4 órával kell csak abbahagyni az evést, tehát nem kell teljes éhgyomorral lenni. Természetesen a cukorbetegségekre szedett orális metformin származékokat 48 órával előtte abba kell hagyni. Hasi és kismedencei CT-vizsgálat előtt a tápcsatorna megjelölésére 1 liter hígított Gastrographint, vagy 1 liter vízben oldott 50 g Macrogolumot kell meginni. Enteroclysis vékonybél vizsgálatához vékonybélsondát vezetünk le a duodenumba röntgen átvilágító alatt. Vastagbél colonoscopiás vizsgálat előtt 4 napos rostmentes diéta és 2 napos erős hashajtás szükséges. Coronaria CT-vizsgálat előtt szükség lehet béta-blokkolóra (Betaloc), a megfelelő szívfrekvencia beállítására. Vékony- és vastagbélvizsgálatokhoz Buscopant adunk intravénásan, amely kiküszöböli a bélmozgásokból eredő mozgási műtermékeket.

A CT vizsgálati technika jelenleg is hatalmas hardware-es és software-es megújuláson megy keresztül. Egyre újabb, finomabb, pontosabb módszerek kerülnek kidolgozásra, melyek a pontosabb, kevésbé sugárterhelő, gyorsabb diagnózishoz segítenek bennünket.

MR (Magnetic Resonance)

Az MR-berendezés történelme: Az MR-technológia alapjait, a mágneses magrezonancia jelenségét először 1938-ban *Isidor Isaac Rabi* (1898–1988) írta le. 1952-ben *Felix Bloch* és *Edward Mills Purcell* nevéhez fűződik a mag mágneses rezonancia vizsgáló módszer kidolgozása. 1971-ben *Raymond Damadian* végezte az első in vitro MRI kísérletet. 1976-ban készültek az első felvételek emberi testről kb. 4,5 óra alatt. 1987-ben Magyarországon megjelent az első MR-készülék.

Az MR-berendezés felépítése: egy MR-berendezés több részegységből áll. A CT-hez hasonlóan, itt is megtalálhatunk egy gantryt, amely egy kb. 200 cm magas, 150 cm hosszú szerkezet, közepén egy 60 cm átmérőjű lyukkal. A gantryben található a szupravezető 1,5 Tesla térerejű mágnes, és különböző rádiófrekvenciás és grádiens tekercsek. A gantry előtt van egy leoldható vizsgálóasztal, amelyet szükség szerint betegfektetés céljából bárhova kivihetünk. A vizsgálóasztalra különböző vizsgálatokhoz különböző tekercseket, antennákat használunk. Létezik koponyatekerecs, végtagi tekerecs, hasi dualflex tekerecs, szívtekerecs, emlőtekerecs stb. Testsúlykorlát az MR-ben nincs, itt inkább a testkörfogot szab határokat. Tapasztalataink szerint általában a 130-140 kg testtömegű páciensek testkörfogata már akkora, hogy nem férnek be a vizsgálóberendezésbe. Az MR vizsgálótermet a külső rádiófrekvenciás hullámok távoltartása miatt rézhálóval vették körbe (Faraday-kalitka). A vizsgálatot egy több monitorral ellátott vizsgálópultról irányítjuk. Itt található a kontrasztanyagpumpa vezérlőegysége is. A vizsgálópult mellett és a vizsgálóhelyiség mögött helyezkedik el a több részegységből álló számítógépkomplexum, aminek teljesítménye nem hasonlítható a hagyományos számítógépekéhez, azoknak több 10-szerese, különösen a matematikai műveletek elvégzéséhez használt processzorok kapacitása óriási. Itt található még a betegvisszajelző rendszer is (pánikgomb). Az MR-ben is használunk kontrasztanyagpumpát. Az MR-vizsgálatok 10-15%-a

intravénás kontrasztanyag pumpás beadása mellett történik meg (has, szív, emlő, angiók). A kontrasztanyagot egy kéttartályos pumpa segítségével juttatjuk be. Az egyikben (A) található a kontrasztanyag, a másikban (B) pedig fiziológiás sóoldat van. Pontosan meghatározható a beadott mennyiség (ml), és a beadás sebessége (ml/sec) is.

Az MR-berendezés működése: Az emberi test sejtekből, a sejtek molekulákból, a molekulák atomokból, az atomok atommagból és elektronehéjából állnak. Az atommagok protonokból és neutronokból tevődnek össze. A hidrogén az egyetlen elem, amely egyetlen protonból áll, és ennek a protonnak van az összes közt a legnagyobb mágneses momentuma, vagyis mérhető mágneses jele. A hidrogén elég nagy számban van jelen az emberi szervezetben, ugyanis testünk 70%-a víz (H₂O), de viszonylag sok hidrogén van a zsírban és a fehérjékben is. Külső mágneses tér (jelen esetben 1,5 Tesla) hatására ezek a hidrogénprotonok vagy az északi, vagy a déli pólus felé fordulnak, és így rendezett formában pörögnek a saját tengelyük körül. 1,5 Tesla térerőnél 64 MHz rádiófrekvenciás hullámmal kibillentjük a hidrogénprotonokat nyugalmi helyzetükből. A kitérés nagysága függ a rádiófrekvenciás hullám erősségétől, és függ annak időtartamától. Kitérés nagysága lehet 30 fok, 45 fok, 90 fok, 120 fok vagy 180 fok. A rádiófrekvenciás gerjesztés megszűnte után egy visszarendezési folyamat indul be. A kibillentett hidrogénprotonok a külső mágneses térerő hatása miatt visszafordulnak az eredeti északi vagy déli pólus felé. Visszarendeződés közben a hidrogénprotonok jeleket bocsátanak ki magukból, amiket különböző tekercsekkel, antennákkal foghatunk fel, és egy bonyolult számítógépes művelettel mátrixba rendezhetjük, és megjelenik az anatómiai metszet a monitoron. A különböző szövetek (víz, zsír, izom stb.) különböző idő alatt relaxálódnak, különböző idő alatt térnek vissza eredeti, nyugalmi pozíciójukba. Ez a jelenség okozza a feketedésbeli különbségeket a megjelenő képen.

Az MR-vizsgálat kivitelezése: egy helyesen kivitelezett MR-vizsgálatnak nagyon sok buktatója lehet, ezért csak nagyon körültekintően és figyelmesen lehet kivitelezni. A vizsgálni kívánt páciens tájékoztatni kell a vizsgálat módjáról, kivitelezéséről. Viszonylag hangos a gép működés közben, ezért minden páciens hangtompító gumi füldugót kap. Ki kell kérdezzük az esetleges kontraindikációkat, melyek megghiúsíthatják a vizsgálatot, ilyenek például: a beültetett mágnesezhető fém eszközök (pacemaker, hallókészülék), fém idegentest a szemben, a terhesség első harmada, illetve a klausztrofóbia. NEM kizáró ok a 2000. év után beültetett fém anyagok, prothesisek, csavarok, stentek, mert ezek már „orvosi fémből” készültek, amiknek anyaga nikkal – titán – platina, illetve ezek ötvözetei. A betegnek vagy hozzátartozójának aláírásával kell igazolni, hogy tájékoztatást kapott a vizsgálatról és beleegyezett abba. Az összes fémtárgyat eltávolítatjuk (pénztárca, kulcsosomó, mobiltelefon, nyaklánc, fülbevaló, öv stb.), és háromirányú (axialis, coronalis és sagittalis síkú) tájékozódó felvételt készítünk a vizsgált testrészről, amin megjelöljük az anatómiai határokat, kijelöljük a szkennelés kezdeti és végpontját. Egy vizsgálat lehet natív, vagyis intravénás kontrasztanyag nélküli, vagy lehet natív + intravénás kontrasztanyag adás utáni. Az intravénásan beadott kontrasztanyag után lehet akár több fázisban is dinamikus felvételeket készíteni. Ilyenkor az eltelt idő függvényében máshol jelenik meg a kontrasztanyag, lehet artériás, vénás vagy például hasi vizsgálatnál akár késői kiválasztásos fázis is. A vizsgálati idő hosszú, 10-35 perc alatt van kész egy átlagos vizsgálat. Különösebb előkészítést nem igényelnek az MR-vizsgálatok. Nem kell sohasem éhezni, még az intravénás kontrasztanyag előtt sem, nem kell gyógyszereket kihagyni, még a cukros gyógyszereket sem. Az MR-ben többféle kontrasztanyagot használhatunk. Leggyakoribbak a

paramagnetikus Gadolinium tartalmú kontrasztanyagok, illetve a szuperparamagnetikus vasoxid kristály tartalmú kontrasztanyagok.

A CT-hez hasonlóan az MR-technika jelenleg is hatalmas fejlődésen, átalakuláson megy keresztül. Egyre nagyobb térerővel, egyre rövidebb vizsgálatokat végezhetnek, illetve a software-es fejlődésnek köszönhetően egyre virtuózabb vizsgálati technikákkal ismerkedhetünk meg.

Felhasznált irodalom:

1. Kaszás I., Babos M.: CT-MR vizsgálati technika. Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged, 2008.
2. Komputertomográfia. <http://hu.wikipedia.org/wiki/Komputertomogr%C3%A1fia>
Elérés ideje: 2014.08.10.
3. Mágnesesrezonancia-képzés. <http://hu.wikipedia.org/wiki/M%C3%A1gnesesrezonancia-k%C3%A9pz%C3%A9s> Elérés ideje: 2014.08.10.

Bozóki Hajnalka: Az akut mélyvénás trombózis kezelése

Bozóki Hajnalka gyógytornász, SZTE Központi Fizioterápiás és Rehabilitációs Részleg, Oktatási Csoport

A mélyvénás trombózis (MVT) jelentős morbiditással és mortalitással járó, gyakori véralvadási betegség. Hazánkban a MVT és a pulmonalis embolia (PE) vezető helyet foglal el a kórházi halálozási statisztikákban. A trombózis tökéletesen szinte sosem gyógyul meg, ismétlődésre hajlamos. A kórkép fiatalabb életkorban nőknél, idősebb korban férfiaknál fordul elő gyakrabban.

Alapfogalmak áttekintése

Thrombus: az érpályán belüli alvadék, vérrög, mely akkor keletkezik, ha a vérben inaktív állapotban keringő plazmafehérjék és a thrombocyták aktiválódnak **Mélyvénás trombózisról** a vénák vérrög okozta teljes vagy részleges elzáródása estén beszélünk. A végtagi mélyvénás trombózis az esetek nagy részében az alsó végtagi mélyvénákban fordul elő, és csak 2-3%-ban jelentkezik a felső végtagok területén – bal oldal érintettsége a jobb oldalhoz viszonyítva 6:1.

A mélyvénás trombózis tünetei: korai tünetként nehézségérzés, görcskészség az érintett végtagban, különösen a lábikrában, talpfájdalom, húzó fájdalom a vénák mentén jelentkezik, majd megjelenik az érintett alsó végtagi duzzanat, fájdalom, cyanosis, fénylő, feszülő, meleg tapintatúvá válik a bőr, a felszíni collateralis vénák belépnek a keringésbe. Jellemző a mélyvénák tájékának és a lábszár izomzatának nyomásérzékenysége; a Homans-tünet és a Lowenberg-jel pozitivitása.

A vénás trombózis *kialakulásában* öröklött (Thrombophyliáról akkor beszélünk, ha trombózis kialakulására fokozottan hajlamos az egyén, melynek háttérében genetikai defektusok állnak), és szerzett (hosszú utazás, kényszertartás, immobilitás, végtagrögzítettség,

tartós ágynyugalom, orális anticoncipiens tabletták, női nemi hormonpótló kezelések, terhesség, aktív malignus betegségek és azok kezelése, műtétek, műtét utáni állapot, vénatrauma, dohányzás, stressz, túlsúly, szívelégtelenség, korábbi MVT és PE, varicositas, haemolysis) rizikótényezők játszhatnak szerepet.

A MVT *szövődményeiként* leggyakrabban a pulmonalis embolia (egy thrombusból leszakadt embolus a tüdő érrendszerében elzáródást okozhat, megakadályozva a véráramlást), a posttrombotikus syndroma (a vénás nyomás megnövekedése miatt alakul ki a billentyűkárosodás következtében; a tünetegyüttes klinikai jellemzői a fájdalom, oedema, dermatitis és ulceratio) és a recurráló trombózis (az idő előrehaladtával egyre gyakrabban váltakozó testtájakon alakul ki trombózis, ilyen esetben mindig tumorkutatás szükséges) jelentkeznek.

A MVT *diagnózisában* elsősorban a fizikális vizsgálaton van a hangsúly: bőrhőmérséklet, végtagkörfogát mérés; Homans-tünet: a láb dorsalflexiójakor a gastrocnaemiusok területén fájdalom jelentkezik; Lowenberg-jel a vérnyomásmérő mandzsettát mindkét lábikrán felfújva kisebb nyomás hatására fájdalom jelentkezik a thromboticus végtagon. Emellett szükséges a D dimer vizsgálat elvégzése (vérben kicsapódott thrombocytákat jelzi). A diagnózis kimondásához mindenképpen Doppler UH vizsgálat elvégzése szükséges.

Az utóbbi pár évben szemléletváltás következett be az MVT kezelési elveiben:

Míg hagyományosan több napos ágynyugalmat és anticoagulans kezelést ajánlottak a thrombus leszakadása miatti súlyos, esetleg fatális PE megelőzésére, valamint a fájdalom és a duzzanat gyorsabb csökkenése céljából, addig mostanra a nemzetközi és hazai tanulmányok alapján felállított szakmai irányelvek szerint cél a minél hamarabbi mobilizáció. Ha a trombózis biztosan térd alatti, mérlegelendő az ambuláns kezelés (amennyiben a beteg be tudja tartani az előírásokat – fáslizás, LMWH adása), de magasabbra terjedő formában intézeti ellátást igényel. A gyógyszeres terápia mellett elengedhetetlen a mielőbbi mobilizáció. Immobilizáció a heparin hatásának kifejlődése után általában nem szükséges. Amennyiben osztályos felvételre kerül sor, gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelési eljárásokat vezetünk be.

Gyógyszeres kezelés: antikoagulálás (LMWH, Clexane), fájdalomcsillapítás, gyulladáscsökkentés, keringésjavítás, thrombolysis, thrombectomia.

Nem gyógyszeres ellátás ápoló és gyógytornász közös munkáját kívánja meg. Az ápolói feladatok a megfelelő személyi higiéné biztosítása, széklet-, vizeletürítés körülményeinek biztosítása, külső kompresszió alkalmazása, a gyógytornászé a mihamarabbi mobilizálás, szövődmények megelőzése (pneumonia, decubitus, ileus), valamint a külső kompresszió alkalmazása.

TILOS: légzőgyakorlatok végeztetése, a levegő visszatartása, hasprés forszírozása, (a nyomásviszonyok miatt a thrombusból leszakadhat egy darab); a kompresszió nélküli lógatás/felkelés, elektroterápia, masszázs végzése az érintett végtagon.

A gyógytorna során mindig orvosi utasítás alapján dolgozunk: általában a felvétel utáni 1-2. napon kezdjük el. Ha térd alatti a trombózis, akkor az első két napon felső végtagi gyakorlatokat, ellenoldali alsó végtagi gyakorlatokat végeztetünk főleg a vénás torna elemeire

építve. A 3-4. napon kezdjük a végtag lógatását kizárólag fáslizva, ilyenkor kapcsoljuk be az érintett végtagot is a mozgásba, de itt nem végeztetünk izometriás gyakorlatokat. Először csípőízületi ab-adductiót diktálunk, esetleg minimális flexiót. A lógatás max. 5 perc egyhuzamban, naponta többször ismételve. A beteg általában a 4-5. napon kelhet fel az ágyból pár lépés erejéig. Ekkor már több gyakorlatot végeztetünk az érintett végtaggal is. Térd feletti trombózis esetén a protokoll ugyan ez, de minél magasabban van, annál lassabban haladunk a mobilizálással.

Külső kompresszió alkalmazását akkor kezdjük el, amikor a beteget elkezdjük mobilizálni, illetve amikor a kezdeti duzzanat már csökkent, hogy a kompressziós hatása ne gátolja még inkább a vénás visszaáramlást. Intézeti körülmények között fáslit alkalmazunk, amit a reggeli első felkeléstől kezdve egész nap visel, de éjszakára mindig le kell venni! Fáslizni mindig lábujjtól combtőig kell, a sarok benne legyen!

Aktívabb fiatalabb betegnek eltávozáskor javasolhatunk kompressziós harisnyát is. Felírása szakorvosi feladat: érsebész, bőrgyógyász, angiológus hatáskörébe tartozik.

Megfelelő méretezés szükséges, méretvételi pontok: két boka között; boka fölött 10 cm-re; térd alatt 10 cm-re; térd fölött 10 cm-re; comb legvastagabb pontján.

A külső kompressziót minimum 6 hétig szigorúan reggeltől estig viselve javasoljuk, majd később fokozatosan el lehet hagyni. Egyes szakirodalmak 6 hónapos alkalmazását tekintik megfelelőnek a későbbi szövődmények megelőzése céljából.

A beteget életmódbeli tanácsokkal kell ellátni a másodlagos prevenció céljából. Fontos, hogy a megtanult tornagyakorlatokat életmódszerűen, legalább naponta 1-2-szer végezze el. Tartós láblógatás elkerülendő akár otthon, akár a munkahelyen. Naponta többször meg kell szakítani az ülést és megmozgatni a végtagot a vénás stasis elkerülése végett. A vénás visszaáramlást akadályozó szoros ruhanemű használata tilos. Az első 6 hét során fizikai munka, sportolás tilos! Sportolás: 6 hétig séta, lépcsőzés; 6 hét után kerékpározás, úszás; 6 hónap után terem- és csapatsportok. Utazás során célszerű prevenció céljából fásli vagy kompressziós harisnya viselése, esetleg orvossal konzultálva pár adag LMWH (alacsony molekulásúlyú heparin) adása is. 6 héten belül az elektroterápia, minimum 12 héten belül a masszázs alkalmazása az érintett végtagon tilos!

Mivel a trombózis krónikus és kiújulásra hajlamos betegségnek tekinthető, másodlagos prevenciója mind az egészségügyi személyzet, mind a beteg részéről tartós és alapos odafigyelést igényel.

Felhasznált irodalom

1. Harenberg J. (2003): Diagnose und Therapie der akuten tiefen Beinvenenthrombose. Vasomed, 15 (6): 212–217.
2. Pflieger Gy. (2008): Thrombosis profilaxis – 2008. Érbetegségek, 15 (4): 103–109.
3. Pflieger Gy.: Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Irányelve: A thromboemboliák kockázatának csökkentése és kezelése. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2010.

Koponyaúri vérzések az észleléstől a rehabilitációig

Ráczy Tibor: Stroke és koponyaúri vérzések a mentőellátás területén

Ráczy Tibor mentőszakápoló, egészségtan tanár, mentőtiszt hallgató, OMSz Szegedi Mentőállomás

A stroke „az agyműködés globális vagy fokális zavarával jellemezhető, gyorsan kialakuló tünetegyüttes, melynek nincs más bizonyítható oka, mint az agy vérkeringésében kialakult kóros eltérés”. (WHO)

A stroke gyűjtőnév, számos, a fenti kritériumoknak megfelelő tünetegyüttest/kórképet foglal magában: tranziens ischaemiás attack (TIA); reverzibilis ischaemiás neurológiai defektus (RIND); illetve annak prolongált formája (PRIND); ischaemiás agylágyulás; roncsoló agyállományi/kamrai vérzés (apoplexia cerebri); subarachnoidealis vérzés (SAV); vertebralis insufficiencia (VBI).

A világ fejlett államaiban a stroke a harmadik leggyakoribb halálok. Az Országos Mentőszolgálat (OMSz) roham- és esetkocsijai az esetek 5-6,5%-ában stroke-os beteget látnak el. A Mentőszolgálatnál az oxológiában alkalmazott időfaktor megállapításával kerül a stroke a kiemelt fontosságú kórképek közé. (Időfaktor: Olyan szorzószám, mely a konvencionális egységben mért időt az adott folyamat dinamikájához igazítja. Egy-egy betegség zajlás sebességét fejezi ki.)

A stroke-ot az oxológiában az időfaktoron kívül a helyszíni sürgősségi ellátást igénylő kórképekre jellemző tulajdonságok által lehet megítélni:

- A. hirtelen kezdet (Akutan ható belső tényezők: általában viharos gyorsasággal fejlődnek ki. Gyakori, hogy a kialakult kóresemény és az általa szövödményként előidézett működészavar tünetei egybeolvadnak, vagy az utóbbi dominanciája miatt az alapfolyamat rejtve marad.)
- B. folyamat jelleg, vagy processzivitás (A hirtelen kifejlődő kórképek mindig viszonylag gyorsan zajló kórfolyamatokhoz vezetnek, illetve ilyenekből állnak. Lehetnek reverzibilisek vagy progresszívek.)
- C. súlyosbodás vagy progresszivitás (Akut folyamatok nemcsak időben, hanem a folyamat mélységében is előrehaladnak. Ez azt jelenti, hogy a kiindulást képző alapfolyamathoz rendszerint több mellékfolyamat is csatlakozik, mindezek szövevényesen egymásra hatva circulus vitiosusként (ördögi kör) súlyosbítják a kórképet.)

Egy bejelentés anatómiája, avagy, az első szakember a szolgálatvezető

A szolgálatvezetők az első egészségügyi szakemberek, akik a prehospitalis betegellátás során találkoznak az eseményekkel. Valamennyien egészségügyi képesítéssel rendelkeznek, mely a mentő szakápolói szinttől a mentőtiszten át egészen a mentésvezető főorvosig terjed Magyarországon. Rendszeres egészségügyi képzésen, valamint irányítói gyakorlatokon vesznek részt, melyeket helyileg, de országos szinten is szervezhet a Mentőszolgálat. Sokan több évet eltöltöttek a vonuló állományban is, mely az irányítói szemléletet egy helyszíni tevékenységi tapasztalattal egészíti ki.

Nélkülözhetetlen a bejelentőkkel szemben tanúsított beleérző szerepük is. Az a laikus, aki a súlyos egészségkárosodást észleli – sok esetben saját hozzátartozójánál –, nem minden esetben gondolkodik racionálisan. Ezekben az esetekben nagyobb a hibalehetőség is. A szolgálatvezetés számára készült kérdezési protokollok segítségével pontosabban tudják az egészségkárosodás nagyságát felmérni, és a helyszínre irányítani az ellátáshoz nélkülözhetetlen mentőerőket. Sajnos a mai napig találkozhatunk a verbális agresszióval, mely nagymértékben hátráltatja a feladat objektív alapokon történő vételét.

Legsűrűbben elhangzó mondatok, melyek felkeltik a gyanú lehetőségét (a teljesség igénye nélkül): „félre áll a szája”; „lezsibbadt a keze-lába”; „magas vérnyomásos”; „szédül, zavart”.

Ha az irányító szakember detektálta a feltételezett betegséget, el kell döntenie, hogy milyen szintű mentőegységet küldjön a helyszínre (rohamkocsi, esetkocsi, orvos nélküli eset, orvosi ügyelet). Ezekben a mentőkön különböző képzettségű szakemberek más-más kompetenciákkal rendelkeznek, valamint különböznek az eszközök is. Nappal 06.00-22.00 között az irányítás törekszik a bejelentéstől számított egy percen belül segítséget küldeni. Ez éjszaka két percre módosul.

Mire gondolhat a mentő a helyszínre érkezésig?

Fontos tudnia, a bejelentés rögzítése és a feltételezett elváltozás függvényében az egészségkárosodás súlyosságát, esetlegesen fellépő komplikációkat, valamint a szövődményeket. A stroke, akár vérzéses, akár ischaemiás eredetű agyi keringési zavarral jár, lehet fokális vagy globális. Sok esetben 24 órán keresztül is fennállhat, de halállal is végződhet. Amíg nem látták a mentők a beteget, a súlyosabb elváltozásokra gondolnak.

A helyszín

Sajnos a mai napig is sűrűn megesik, hogy a helyszín pontatlanul van megadva. Az idő, a késlekedés az idegszövetben létrejövő súlyosbodó károsodásokat okozhat, de ha nem találja a mentő a helyszínt, akkor erről nem tehet. A bejelentők ideges magatartása, a helyismeret hiánya, a nagy kiterjedésű alföldi tanyavilág a felelős sok esetben, de szembesültünk már a közlekedés többi résztvevőjének felelőtlenségeivel is. Ha megtalálták a beteg feltalálási helyét, a következő kérdésekre keresi a mentő a gyors válaszokat:

- Biztonságos a helyszín?
- Mi történt, és hány egészségkárosodott található a helyszínen?
- Szükség van további mentőre, esetleg a társszervekre?
- Rendelkezünk a szükséges egyéni védőfelszereléssel?

Igen változatos helyszíneken járnak a mentők, ahol különböző emberekkel találkoznak. Van, ahol ellenségként fogadják őket, pedig segíteni mennek, de sok helyen tisztelik a segíteni akarást. A betegek feltalálása a különböző népcsoportok szociális érzékenységét is megmutathatja, mivel van, ahol a beteg el van „dugva” egy félreeső szobában, de láttuk már a gondoskodás kiemelkedő példáit is. A hirtelen kialakult egészségkárosodás esetén a beteg feltalálási helyén fogjuk a gyors vizsgálatokat és életmentő beavatkozásokat elvégezni, majd a kimentés problematikájával foglalkozunk.

Helyszíni betegvizsgálat

Különböző mentőegységek más-más szinten tudnak beavatkozni az alapvető vizsgálatok után, de a pontos, jól felépített anamnézis és betegvizsgálat nélkülözhetetlen. A mentőknél külön oktatás tárgyát képezi a helyes anamnéziszfelvétel, a tünetek értékelése. Ezek alkalmazására különböző betűszavakat használnak.

Minden esetben a helyszín biztonságának ellenőrzése után és a beteg azonosítását követően az eszméleti állapot felmérése következik. Itt az AVPU skálát használják (éber, hangra reagál, fájdalomingerre reagál, reakció nélküli a beteg). Ha a reakciókat nem lehet kiváltani, és a beteg eszméletlennek tűnik, a gyors vitális paraméterek ellenőrzése kezdődik. Hangsúlyt kap a prehospitális szakaszban a légzés és a keringés. Az általános betegvizsgálat fontos részét képezi az ABCDE szemlélet (átjárható légút, légzés, keringés, idegrendszer, egyéb tényezők).

- A. a *légút* lehet átjárható, veszélyeztetett, elzáródott. Lényeges a légzéshangok értékelése, a fonáció, paradox légzőmozgások;
- B. *légzés vizsgálata*: értékelésre kerül a légzésszám, légzési térfogat, légzési munka, oxigenizáció, légzési elégtelenség szemmel látható jelei;
- C. *keringés vizsgálata*: szívfrekvencia, pulzus, vérnyomás, perifériás perfúzió, szívelégtelenség jele;
- D. *neurológiai vizsgálat*: AVPU, GCS, vércukorszint vizsgálata, kóros reflexek;
- E. *egyebek*: környezet, körülmények, információk. Biztonság, mechanizmus, gyógyszeresedés, zárójelentés, SAMPLE (szimptomák, allergia, gyógyszeresedés, betegségek, utolsó étkezés, egyebek), OPQRST (kezdés, provokáló tényező, fájdalom minősége, régió, súlyosság, időbeli lefolyás). Az egyebek értékelése során fontos komolyan venni a magas vérnyomás betegséget, dohányzást, pitvarfibrillációt, diabetes mellitust, korábbi anamnézist.

Újraértékelést alkalmaznak, ha az állapotban változás következik be, ha valamilyen beavatkozás történt, valamint ha megkezdik a szállítást. Alapkonceptió, hogy az ABCDE szemlélet során, ha valamelyik funkciót jelző betűnél nincs kielégítő eredmény, akkor nem szabad továbblépni, míg nem rendeztük az állapotot.

Főbb prehospitális tünetek

- Hirtelen jelentkező zsibbadás a lábakon, karokon vagy az arcon;
- A látás hirtelen elvesztése, homályossá válása;
- Beszédzavar, illetve a beszédértés elégtelensége;
- Hirtelen bekövetkező fejfájás, esetleg ütősszerű fájdalom;
- Megmagyarázhatatlan szédülés, összeesés, eszméletlenség;

Segítségünkre van a módosított **Cincinnati score**, mely a facialis paresist, felső-, ill. alsó végtagi paresist, valamint a beszéd zavarát értékeli.

Helyszíni eszközös vizsgálatok

Szaturáció mérése minden vizsgálat során fontos adatot szolgáltat. Alacsonyabb érték (<96%) esetén reservoir-os maszkon 100%-os oxigén adása indokolt. Vérnyomás mérése fontos az esetleges vérnyomáscsökkenés ütemének megállapítása szempontjából. Fontos az agy perfúziós igényének a kielégítése, ezért a csökkentés lassan történjen. Ugyancsak fontos az agy tápanyagigényének értékelése, tehát kötelező a vércukorszint mérése. Szükség esetén korrigálni kell a szénhidrát homeosztázist. Roham-, ill. esetkocsikon dolgozó szakemberek EKG

készítésével egészítik ki az eszközös vizsgálatokat, ahol ritmuszavarokat vagy specifikus ST szakasz eltéréseket, negatív T hullámokat detektálhatnak. Ők a helyszínről rádió-összeköttetés útján konzultálhatnak az intézeti orvossal a betegút helyes megválasztásáról.

Ellátás

Szükség esetén légút biztosítása, lélegeztetés az A-B-C sémának megfelelően. Oxigenizáció reservoir segítségével, kezdeti érték 10-12 l/min, majd szaturációs érték függvényében 5-6 l/min-ig csökkenthető. Perfériás vénabiztosítás lehetőleg distalis helyzetű kari vénán legalább 20G-s kanüllel. Rutinszerű vérnyomáscsökkentés nem ajánlott. Óvatos vérnyomás csökkentés: >220/120 Hgmm. Szükséges lehet: szívelégtelenség, hypertensiv encephalopathia fennállása esetén. Választandó: urapidil (Ebrantil) 5-10 mg bólus, majd vérnyomáskontroll 2 perc után. Pumpán 9-30 mg/h a vérnyomás függvényében titrálva. Súlyos hypoglycaemia kezelése <2,8 alatti érték esetén. Fontos minden agyi történés esetén a hőmérsékletkontroll.

Betegút

Fontos feladat az időablak tartása, mely jelenleg 4,5 órában van meghatározva. Ha belül vagyunk, a stroke centrum az elsődlegesen választandó, ahol CT vizsgálatra, lysisre, intenzív ellátásra lehetőség van, mivel az ABC instabilitás fennállhat. A megkezdett szállítás során számítani kell görcsroham jelentkezésére, eszméleti állapot változására, tudatzavarra, periodikus légzés megjelenésére. Ezért kiemelt fontosságú, hogy az ápoló vagy az orvos, ill. mentőtiszt a beteg mellett legyen a transzport alatt, melynek kíméletesnek, atraumatikusnak, de mégis gyorsnak kell lennie.

Felhasznált irodalom

1. Herold G.: Angiológia – Az erek betegségei. Belgyógyászat. Medicina Kiadó, Budapest, 2009.
2. Kádár B.: Stroke. Diagnosztikus és terápiás eljárások a prehospitalis gyakorlatban. TrustAir Kft. Kiadó, Budapest, 20014.
3. Léway Gy.: Idegrendszer. Alkalmazott élettan-kórélettan. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2010.

Rónyai Edit: Vérzéses agyi történés utáni mozgásterápia szempontjai

Rónyai Edit, Varga Márta, Fehérné Kiss Anna, SZTE SZAKK Ortopédiai Klinika, Központi Fizioterápiás Részleg és Oktatási Csoport

Vérzéses agyi kórképek esetén gyakran fordul elő átmeneti jellegű vagy maradandó neurológiai károsodás. Találkozhatunk a motoros funkciók kisebb-nagyobb zavarával (plegia, paresis), fokozott vagy csökkent izomtónussal, koordinációs problémákkal, aphasiás zavarokkal, percepciósi problémákkal (Neglect sy.), indítékszegénységgel.

Az esetleges életveszélyes állapot és a beteg életfunkcióinak stabilizálása utáni posztoperatív ellátás szoros együttműködést kíván a team tagjaitól. A **team tagjai**: a különböző orvosi szakterületek képviselői (idegsebész, neurológus, intenzív terápiás, rehabilitációs orvos),

ápoló, gyógytornász, logopédus, pszichológus, szociális munkás, beteg és hozzátartozói. A megfelelő orvosi kooperáció mellett rendkívül fontos a megfelelő létszámú és szaktudású ápolói személyzet, hiszen ők találkoznak legtöbbször a beteggel. A team egyenrangú tagja a beteg. Az ő együttműködése nélkül nem lehet teljes a rehabilitációs folyamat. A kezelési célt a beteggel közösen kell meghatározni, ami fontos a motiváció szempontjából.

A korai postoperatív mozgásterápiában nagy hangsúlyt kap a **szövődmények** (pneumonia, thrombosis, decubitus) **megelőzése**. Ennek eszközei a beteg gyakori forgatása, valamint a mellkasi fizioterápia végzése. A passzív átmozgatás keringésjavító hatású, az ízületi mozgásterjedelem megtartásán kívül külső szenzoros ingert jelent, mindez fontos a motoros tanulás szempontjából is. A függőleges helyzet az ember funkcionális helyzete, ezért az idegrendszerre stimuláló hatású tud lenni pár perces ültetés is. Külföldi szakirodalmi adatok szerint fontos a kómás beteg függőleges irányú mobilizálása. Ez azonban megfelelő technikai felszereltség és optimális személyi feltételek hiányában Magyarországon nehezen valósítható meg.

A fektetési pozíciók kialakításánál a végtagok elhelyezésének egyik fontos szempontja az ízületvédelem, a meglévő problémákat ne fokozzuk egy krónikus ízületi fájdalom kialakulásával. A kontraktúrák kezelésének is a leghatékonyabb módszere a megelőzés. Másik fontos szempont, hogy a pozicionálás során elkerüljük a patológiás mintákat.

Központi idegrendszeri sérülésnél gyakran fordul elő az izomtónus növekedése spasztikus tónusfokozódást létrehozva. Ez megnehezíti az aktív mozgások indítását, ezért a meglévő tónusfokozódást oldanunk kell, melyhez felhasználhatunk különböző technikákat, például törzsrotációt, lassú passzív mozgatást, patológiás mintától távoli mozgásokat.

A **normál mozgásnak** öt olyan komponense van, amely előfeltétele bármely funkcionális feladat ellátásának:

1. Törzskontroll és mobilitás
2. Fejkontroll és a nyak mobilitása
3. Középvonal és függőleges orientáció a környezethez képest
4. Súlyhordozás, súlyátvitel, statikus és dinamikus egyensúly
5. Végtagok mozgásai

Mindez annyira természetes, hogy gyakran csak hiányukat, funkciózavarukat vesszük észre és gondolkodunk el azon, hogy mely ízületek, izomcsoportok, idegrendszeri struktúrák együttes működése szükséges egy-egy önálló vagy munkavégző mozdulat végrehajtásához. A beteg ember mozgásterápiájának tervezéséhez viszont szükséges ezek elemzése. A mozgásterápiában részeire bontjuk, majd összehangoljuk a mozgás komponenseit.

Az alsó végtag kontrolljának kialakítása eleinte passzív mozgatással, majd vezetett aktív gyakorlatokkal történik. A gyógytornász manuális ellenállásával szemben kell megtartania a betegnek bizonyos mozdulatokat. A támaszkodási funkció kialakításának egyik fontos technikája a rányomás, mely az érzékelést is fejleszti.

A felső végtag kontrolljának kialakítását leggyakrabban a proximális részen kezdjük. A lapocka mobilizálásával előkészítjük a támaszkodási funkciót, illetve az aktív mozgások kialakítását.

A **helyzetváltatás** kialakításához szelektív mozgásokra van szükségünk. Leginkább törzsrotációt alkalmazunk, ha nincs ennek bármilyen kontraindikációja. Cél minél előbb a függőleges helyzet irányába való haladás.

A **függőleges helyzet** jelentősége nagy a szövődmények megelőzésében is. Az ülő helyzet elérése eleinte külső segítséggel történik, majd egyre nagyobb aktivitást várunk el a betegtől.

Ülésben próbáljuk megéreztetni a beteggel a normál testhelyzetet, próbálja ezt aktívan megtartani, majd gyógytornász ellenállásával szemben is megtartani. Az ülőegyensúly megéreztetésére különböző irányú nyújtásokat gyakoroltatunk, valamint kialakítjuk a súlyátvitel technikáját.

A **törzskontroll** megléte után lehetővé válik az alsó végtagon való támaszkodás, az állás kipróbálása, fejlesztése. Az állás már egy nagyobb terhelést jelent a keringési rendszerre. Emellett fontos az alsó végtagon támaszkodás a boka plantarflexiók kontrakturája ellen is.

Álló helyzetben először stabilizálni próbálunk, majd gyakoroltatjuk a súlyáthelyezést gyógytornász segítségével, illetve eszközzel. A felső végtagi nyújtás során automatikus súlyátvitel történik. A statikus és dinamikus egyensúly fejlesztése fontos elem a beteg önálló mozgásának javításában, a járásbiztonság kialakításában.

A korai mozgásterápia minőségének jelentőségét külföldi tanulmányok is hangsúlyozzák, pl.: „*A stroke korai szakaszában kialakuló rossz szokásokat vagy kompenzációs stratégiákat nehezebb átprogramozni/módosítani, mint ha kezdettől fogva az optimális stratégiát biztosítanánk*” (Allred).

Összefoglalva a korai postoperatív mozgásterápia szempontjait:

- A korai szakaszban naponta változhat a beteg állapota akár negatív, akár pozitív irányba. Amit egyik nap elértünk a beteggel, nem biztos, hogy másnap is el tudjuk érni. A mozgásterápiát mindig az aktuális állapothoz igazodva végezzük.
- A motoros tanulás szempontjából nemcsak a mozgásprogram a fontos. Megfelelő mennyiségű pihenőidőt kell biztosítani a beteg számára, hogy az idegrendszer feldolgozhassa az őt ért ingereket. Nem fogunk jobb eredményt elérni, ha túlterheljük a beteget.
- Hangsúlyos a normál mozgás elemzéséből kiinduló, kompenzáció nélküli mozgásminta tanítása.
- A beteg megfelelő motiválása nélkül nem tud eredményes lenni a rehabilitációs folyamat. A beteg ne csak hagyja, hogy történjenek vele az események, hanem a rehabilitációs folyamat előrehaladtával egyre inkább aktív résztvevője legyen a kezeléseknél. A motiváltság kialakítása teamfeladat, a team összes tagja részt vesz benne.
- A szakirodalom szerint a károsodást követő első évben érhető el a legnagyobb javulás a beteg életminőségében. Törekednünk kell ennek az időszaknak a leoptimalisabb kihasználására. Ezért fontos az akut osztályon elkezdett rehabilitáció folyamatosságának biztosítása rehabilitációs osztályon. Az otthonápolás rendszere jelenleg nem alkalmas ennek a feladatnak az ellátására.

- Következő lépésként a megtanult mozgásmintákat adaptálni kell a beteg otthoni környezetéhez. Ez történhet adaptációs szabadsággal, illetve a hozzátartozók oktatásával. Ebben már segítség tud lenni az otthonápolás rendszere is.

Felhasznált irodalom

1. Allred R.P., et al. (2005): Training the 'less-affected' fore-limb after unilateral cortical infarcts interferes with functional recovery of the impaired fore-limb in rats. Restorative Neurology and Neuroscience, 23 (5–6): 297–302.
2. Bobath B.: Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment. Harmadik kiadás, Butterworth – Heinemann Ltd, Oxford, 1990.
3. Charness A.: Stroke/head injury. Aspen Systems Corporation. Rockville USA, 1986 102–114.
4. Edwards S.: Neurological Physiotherapy. Churchill Livingstone, 2002.

Szupera Enikő: A prevenció színterei a szüléstől a kockázati tényezőkön át az agyi érkatasztrófákig

Szupera Enikő ifjúsági védőnő, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Védőnői Alapellátási Egység

A védőnő a hatályos jogszabályok alapján a lakosság magasabb szintű ellátása érdekében egészségmegőrző, egészségnevelő, felvilágosító, anya-, gyermek-, ifjúság-, nő- és családvédelmi tevékenységet folytat a reprodukciós időszakban, a várandósság alatt, a szülés körüli időszakban, az újszülött- és csecsemőkorban, a gyermekkorban, a serdülő- és fiatalokban. Módszere a tanácsadással végzett megelőzés.

Az előadásban ezeket az időszakokat vesszük végig előbb az okok felsorolásával, majd a prevenció lehetőségeivel.

Néhány olyan statisztikai adat, amely a téma fontosságát erősíti:

- az agyvérzés a 3. leggyakoribb halálok Magyarországon és a világon;
- az ismert esetek 10%-a a 45 év alatti korosztályt érinti;
- 4000 élveszülésre jut egy újszülöttkori stroke;
- az 1250 gramm alatt születettek 50%-át érinti;
- csecsemőkorban az 1/3-a születés előtt vagy közben következik be;
- évente 100000 gyerekből tíznek van esélye, hogy érintett az agyi érkatasztrófát tekintve.

Most vegyük sorba az agyi érkatasztrófák okait a különböző időszakban.

1. Reprodukciós időszak: Az utóbbi jó néhány évben ez egyre inkább kitolódik. A betegséget előidéző ok minden, ami általános ok. Ezek:

a.) nem befolyásolható tényezők: életkor, nem, genetikai adottság, myocardialis infarktus, perifériás érbetegség, arteriosclerosis, előzményben stroke vagy TIA

b.) potenciálisan befolyásolható tényezők: hypertonia (160/95 Hgmm tartós érték háromszoros kockázatot jelent), diabetes mellitus (25%-kal emeli a kockázatot),

szívritmuszavar, véralvadási zavar, zsíryanycsere-zavar, lázas állapot, migrén, gyógyszeres fogamzásgátlás, a vér emelkedett homocisztein szintje,

c.) befolyásolható életmódbeli tényezők: mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozási szokások, obesitas (kétszeres kockázat), dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás (négyeszes kockázatot jelent), kábítószer fogyasztása, stressz.

2. Várandósság időszaka: dohányzás, fertőzések (pl. CMV, Rubeola), hypertonia, toxaemia, méhen belüli sorvadás (okai többérték, pl. anyai betegségek: vese-, húgyúti betegségek, szív-, tüdőbetegségek, anaemia, hypertonia, hypothyreosis, autoimmun betegségek, krónikus stressz, táplálkozási zavarok (alultápláltság, éhezés, fogyókúra, anorexia nervosa), lepényi okok. Magzati okok: kromoszóma-rendellenesség, magzati fertőzés (CMV, Rubeola), korai magzatburok-repedés. Egyéb okok: gyógyszerfogyasztás, dohányzás, drog fogyasztása.
3. Szülés körüli időszak: A legjelentősebb okok a stresszes szülés (nem megfelelő felkészülés a szülésre, egyre magasabb anyai életkor), a koraszülés, a szülési sérülés, az oxigénhiány, a fertőzés (pl. Varicella).
4. Koraszülöttség: A csecsemőkori érkatasztrófák nagy része ennek okaként alakul ki. A következő, koraszülöttekre jellemzők mind növelik a stroke kialakulásának lehetőségét: éretlenség, szülési sérülés, asphyxia, légzési problémák, K-vitamin hiánya, agyi erek szakadékonysága, légmell, vérnyomásingadozások, májban a protrombin-termelés elégtelensége. (A koraszülöttek ellátása és utógondozása az utóbbi évtizedekben az egészségügy „sikerágazata” a korszerű szülészeti és újszülöttellátásnak köszönhetően. Egyre több és kisebb koraszülöttnak nőttek meg az esélyei a teljes vagy minél teljesebb élethez.)
5. Újszülött- és csecsemőkori: Ebben az időszakban elsősorban betegségek állnak a háttérben. Ilyenek a szívfejlődési rendellenességek, a koraszülöttség, veleszületett hajlam a vérrögképződésre, veleszületett érszűkület, aneurisma, vírusok okozta gyulladások, melyek az agyi erek gyulladását okozhatják.
6. Gyerekkori: Gyerekkorban az agyi érkatasztrófák jellemzően vérzések, jóval kisebb arányú az elzáródásos eredet. Betegségi eredetként a sarlósejtes vérszegénység (öröklődő), a gyulladós bélbetegség, az autoimmun betegségek, a feji és nyaki fertőzések, a migrén emelendő ki. Egyéb ok, amelyek megelőzése elsődleges: a balesetek (fejsérülések) megelőzése, kiszáradás elkerülése. (Nem felismert stroke gyerekkorban veszélyt jelent újabb stroke kialakulására később. Késői szövődmények lehetnek: görcsök, tanulási nehézségek, figyelem-összpontosítási nehézségek, tanulási problémák.)
7. Serdülő- és fiatalkor: A legmeghatározóbb okok a balesetek, a dohányzás, az alkohol, a kábítószer (kokain és krek), rossz táplálkozási szokások, indokolatlan és korai fogamzásgátló-használat, stressz.

A prevenció lehetőségei a fenti szakaszokban a következők:

Tudatos gyermekvállalás erősítése. Magas színvonalú várandós-gondozás. Káros szenvedélyek tekintetében ne legyünk megértőek! Jól, könnyen vizsgálható és követhető vizsgálatok erősítése (pl. vérnyomás, súly, toxaemia). Egészséges táplálkozás erősítése (só, zsír mennyiségének

csökkentése, jótékony ételek, pl. alma napi fogyasztása, D-vitamin fontossága). Stresszkezelési technikák. Alapbetegségek szoros és tudatos kontrollja. Körültekintő fogamzásgátlás. Mozgás fontossága (gyaloglás, kocogás, úszás, kerékpározás). Optimális szülésre felkészítés. Koraszülés megelőzése. Csecsemő- és kisgyermekkorban a fejlődés pontos nyomon követése. Korai fejlesztés fontossága. Balesetek megelőzése. Szokatlan tüneteket mindig komolyan venni. Migrén kezelése. Fiatalokban egészséges életmód propagálása, tudatosítása, korai rizikófaktorok szűrése.

Felhasznált irodalom

1. Papp L.: Agyi érkatasztrófák ápolástana. In: Papp L.: Neurológiai szakápolástan. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2012–2013.
2. Papp L.: Egészségfejlesztés a neurológiában. In: Papp L.: Neurológiai szakápolástan. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2012–2013.
3. A csecsemőkori stroke.
http://www.webbeteg.hu/cikkek/csecsemo_gyermekneveles/12292/a-csecsemokori-stroke Elérés ideje: 2014.09.22.
4. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A stroke ápolása.
<http://www.doksi.hu/get.php?lid=16935> Elérés ideje: 2014.09.22.
5. Intraventricularis (-cranialis) vérzés, agyvérzés (IVH). www.koraszulott.com Elérés ideje: 2014.09.22.

Minden, amit az ápolási folyamatról és a dokumentációról tudni érdemes

Dr. Németh Anikó: Az ápolási folyamat elmélete

Dr. Németh Anikó docens, okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

„Az ápolási folyamat az egyének, családok és/vagy közösségek egészsége érdekében végzett jellegetes ápolási beavatkozások rendszere. Magában foglalja a tudományos módszerek alkalmazását a beteg vagy kliens, család vagy közösség egészségügyi szükségleteinek meghatározására, a szükségletek kielégítésének tervezését, az ápolási tevékenység megvalósítását és az eredmények értékelését.”

Az ápolási folyamat elméleti keretet biztosít az ápolás gyakorlatahoz. Feltétele a pontos ápolási dokumentáció vezetése, mely követi a beteg állapotának változását.

Az ápolási folyamat célja:

- egy adatbázis létrehozása a betegről, mely tartalmazza az összes szükséges információt;
- a beteg egészségügyi szükségletei felismerhetők általa;
- segítségével meghatározhatóak az ápolási célok, teendők és a várható eredmények;
- segítségével megtervezhetjük a beteg ellátását;
- a beteg szükségleteit kielégítő beavatkozások elvégzését csoportosítja;

- segítségével megállapítható, hogy mennyire volt hatékony az ápolás a beteg célkitűzéseinek megvalósításában.

Az ápolási folyamat elemei (felmérés, ápolási diagnózis, tervezés, végrehajtás, értékelés) határozott sorrendet követnek, kölcsönhatásban vannak egymással, minden lépés az előzőtől függ, és nem ér véget az értékeléssel, hanem újra felmérés következik.

Az első lépés a **felmérés**, mely az adatok gyűjtését, ellenőrzését, csoportosítását és dokumentálását foglalja magába. Információ számtalan forrásból nyerhető. Az első az ápolási anamnézis, melyhez kikérdezéssel jutunk. Ez tartalmazza az életrajzi adatokat (életkor, lakcím, családi állapot), a jelen panaszokat, a korábbi betegségeket (gyermekkori betegségek, műtétek, szedett gyógyszerek), a káros szenvedélyeket, családban halmozódó betegségeket (pl.: daganat kromoszóma-rendellenességek, cukorbetegség), esetleges környezeti ártalmakat a lakóhelyen és a munkahelyen (pl. légszennyezés, zajártalom, dohos lakás). Fizikális vizsgálattal is hasznos információkhoz juthatunk. Megfigyelhetjük a beteg légzését, bőrszínét, kedélyállapotát. Hallgatózással észlelhetjük például a szívverését vagy a légzési rendellenességeket (pl. sípoló légzés). Tapinthatjuk lábszároedemáját. Megfigyelhetjük a viselkedését (pl. kedvetlen, ideges, kapkod), vagy azt, hogy az általa elmondottak összhangban vannak-e a viselkedésével (pl. a beteg azt mondja, hogy jól van, de az arcán látszódik, hogy fájdalmai vannak). Áttekinthetjük a laboratóriumi és egyéb vizsgálati eredményeket, és a kórlapból is hasznos információkhoz juthatunk. Igénybe vehetjük továbbá a kollégák, családtagok, betegtársak által elmondottakat a betegről. Az így nyert információkat csoportosítjuk, majd dokumentáljuk, és a felmért információkból leírjuk a beteg ápolási problémáját:

„Meglévő gyomorfekély okozta gyomortáji fájdalom jelentkezik. A beteg rossz közérzetről, éles fájdalomról számol be. Erre megrémülve, tanácstalanul reagál.” A meglévő gyomorfekélyt a vizsgálati eredményekből (pl. gastroscopia) látjuk, a fájdalomról és a rossz közérzetről a beteg beszél, a rémültséget, tanácstalanságot pedig látjuk rajta.

Az ápolási folyamat második lépése az **ápolási diagnózisok** megalkotása. Az ápolási diagnózis *„klinikai véleményalkotás a tényleges és lehetséges egészségi problémákra vagy életeseményekre adott egyéni, családi vagy közösségi reakciókról.”* Az ápolási diagnózisoknak több előnye is van. Segítségükkel mérhető a beteg állapotának javulása, az egészségügyi team többi tagjával összehangolhatóvá válik a munka, idejében elkezdődhet a beteg ellátása, megóvják az ápolót attól, hogy orvosi kompetenciába tartozó tevékenységeket végezzen, illetve személyre szabott ellátás biztosítható segítségükkel.

Az ápolási diagnózisnak négy fajtája van:

1. Az aktuális ápolási diagnózis mindig egy aktuálisan fennálló problémára vonatkozik (pl. a beteg székrekedésről panaszodik).
2. Potenciális ápolási diagnózis esetében a probléma még nem áll fent, de bekövetkezésére reális esély van (pl. fekvő beteg esetében a decubitus kialakulása).
3. A tünetesoportri ápolási diagnózis más diagnózisok csoportosulásával társul. Pl. inaktivitási tünetesoport (mozgásképeség csökkenése, székrekedés kockázata, fertőzés kockázata, bőrsérülés kockázata).
4. A jólléti ápolási diagnózis pedig azt fejezi ki, hogy a kliens egy bizonyos területen magasabb szintre szeretne eljutni (pl. jobb szülővé válás).

Az aktuális ápolási diagnózis megfogalmazásánál a PES formulát követjük: **Problem** (probléma)+**Etiology** (ok)+**Symptom** (tünet). Példa: „*Székrekedés fennállása a hosszan tartó fekvés miatt, mely háromnaponta történő kemény, fájdalmas székletürítésben nyilvánul meg.*” A székrekedés a probléma, a hosszan tartó fekvés az ok, a háromnaponta történő kemény, fájdalmas székletürítés pedig a tünet. A potenciális ápolási diagnózis a PE formulát követi, tehát nem szerepel tünet. Példa: „*Bőrsérülés kockázata a hosszan tartó fekvés miatt.*” Probléma a bőrsérülés kockázata (a kockázat szónak szerepelnie kell), ok a hosszan tartó fekvés. Fontos megjegyezni, hogy az ápolási diagnózis nem azonos az orvosi diagnózissal.

Az ápolási folyamat harmadik lépése a **tervezés**. Ennek első lépéseként priorizáljuk az ápolási diagnózisokat: elsőként az életet veszélyeztetők, utána a normális életműködést zavaró, majd az életminőséget befolyásoló gondok szerepelnek. Ezek után meghatározzuk az elérendő célokat: pl.: „*a beteg fájdalma két nap múlva elviselhetővé váljon*”, majd megfogalmazzuk a várható eredményeket. Ezek után kiválogatjuk a célok eléréséhez szükséges ápolási tevékenységeket, és ezek alapján ápolási tervet készítünk. A tevékenységek meghatározására példa: „*Mérjük fel a beteg fájdalmát a VAS alapján. Jelöljük a mért értéket az ápolási dokumentációban. Lássuk el a beteget az előírt fájdalomcsillapítóval. Gondoskodjunk elterelő hatású tevékenységről a beteg érdeklődésének megfelelően. Jelöljük a fájdalomskála eredményét a fájdalomcsillapító adását megelőzően, valamint a hatás kifejtését követően az ápolási dokumentációban.*”

Az ápolási terv a beteg ápolásának írásos vezérfonala. Célja, hogy közölje a felmérési adatokat, a problémákat és a kezelésüket. Segítségével összehasonlítható az egyes beavatkozások (ellátás, konzílium, vizsgálatok) ideje. Folyamatos ellátást biztosít a beteg számára az egyes ápolási tevékenységek felsorolásával. Költséghatékony, mivel listázza a beavatkozáshoz szükséges eszközöket. Általában az öthasábos ápolási tervet használjuk (felmérés, ápolási diagnózis, célok, megvalósítás, értékelés). A tervezésbe a beteget és a családot is be kell vonni!

Az ápolási folyamat negyedik lépése a **végrehajtás**, mely során a előző lépésben leírt ápolási tevékenységeket hajtjuk végre (kielégítjük a szükségleteket a prioritásoknak megfelelően). Ez mindig egyénre szabott! Az ellátás megkezdése előtt fel kell mérni újból a beteg állapotát, hogy aktuális-e még a probléma. Ezek után előkészítjük a szükséges eszközöket, majd gondoskodunk segítségről, amennyiben ezt a beavatkozás megkívánja. Ezek után előkészítjük a beteget pszichésen és szomatikusan, majd elvégezzük a beavatkozást. A beavatkozás után nyugalomba helyezzük a páciens, a használt eszközöket ledobjuk, kezeljük, fertőtlenítyük, majd dokumentáljuk a beteg ápolási dokumentációjába a feladat elvégzését (ki; mikor: dátum nap, óra, perc pontossággal; mit végzett el).

Az ápolási folyamat utolsó, ötödik lépése az **értékelés**, mely méri a beteg állapotának változását és az ápolási beavatkozásokra adott reakcióját, tulajdonképpen azt, hogy megvalósultak-e a kitűzött célok. Az értékelést minden lépcsőfokon használjuk, mivel a folyamatos értékelés elősegíti, hogy ne a végén vegyük észre az esetleges hibákat, és fényt derít akár egy újabb szükségletre is. Az értékelés eredményességi kritériumokat használ: pl.: „*A beteg a vizuális analóg skálán 1 vagy az alatti értéket jelöljön be. Tevékenységeiben ne akadályozza a fájdalom.*” (Akkor lesz eredményes a beavatkozás, ha ez fog történni.) Végül dokumentáljuk az értékelést: „*36 óra múlva a beteg fájdalmát elviselhetőnek ítélte meg, a*

vizuális analóg skálán 1-es értéket jelölt meg. A beteg hangulata javult.” Ez egy hosszú és időigényes folyamat...

Felhasznált irodalom

1. Alfaro-LeFevre R.: Az ápolási folyamat alkalmazása lépésről lépésre. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2001.
2. Oláh A., Németh K., Pálfiné Szabó I., Tulkán I., Jankó A., Fehér R., Zborovján F., Raskovicsné Csernus M. (2012): Kritikus gondolkodás az ápolásban – az ápolás folyamata és dokumentációja. In: Oláh A.: Az ápolástudomány tankönyve. p. 281–290. www.tankonyvtar.hu Elérés ideje: 2014.06.10.
3. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Az ápolási folyamat megvalósítása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 134–194.

Hasznosné Bankó Ágnes: Ápolási folyamat egy konkrét eset kapcsán

Hasznosné Bankó Ágnes diplomás ápoló, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály

Az ápolási dokumentáció

Az ápolási folyamat rendkívül fontos pontja a pontos ápolási dokumentáció, mert:

- figyelemmel kíséri a beteg intézeti tartózkodása alatt történt összes eseményt;
- gyakran segítséget nyújt az orvosi dokumentációval együtt (pl. konzíliumok, zárójelentés, rehabilitáció);
- igazolja az elvégzett és el nem végzett beavatkozásokat (jogi háttérrel biztosíthat);
- nem szeretjük, mert pluszfeladat, és gyakran úgy érezzük, hogy a betegellátástól veszi el az időt.

Az esetismertetés során kiderül, hogy nemcsak az ápolást kell megterveznünk és dokumentálnunk, hanem az ápolás során felmerülő betegoktatást is. Betegoktatási feladatot látunk el minden olyan alkalommal, amikor a betegünket az otthoni életvitelre készítjük fel. Lehetséges, hogy az oktatás során nem a beteg lesz az, akit oktatunk, hanem a hozzátartozója (pl. házastárs, szülő, gyermek stb.).

A betegoktatási tervtartalma: ápolási problémák, ápolási diagnózisok, oktatási szükséglet, oktatási cél, oktatási idő, részletes tartalom, módszer, eszköz, értékelés.

Esetismertetés

Anamnézis: Középkorú férfi beteg otthonában létráról leesett. Az esés következtében nyílt lábszártörést szenvedett. A kórházban törött végtagját megműtötték, majd részleges sebgyógyulás után ablakos, körkörös gipszrögzítést alkalmaztak. Feleségével és két iskolás korú gyermekkel él. Betegsége nincs, gyógyszert rendszeresen nem szed. Foglalkozása villanyszerelő.

Ápolási problémák:

- önellátási deficit
- helyváltoztatási deficit
- ismerethiány az aseptikus sebkezeléssel kapcsolatban
- fájdalom
- infekció kockázata
- baleset kockázata
- thrombosis kockázata
- ismerethiány az öninjekciózással kapcsolatban
- székrekedés kockázata

Ápolási diagnózis 1: *önellátási deficit a kialakult lábszártörés következtében, amely az alapvető szükségletek kielégítésének csökkent képességében nyilvánul meg.*

Cél: a kialakult deficitet hiánytalanul tudjuk pótolni oly módon, hogy további egészségkárosodás ne érje a beteget, eközben a beteget folyamatosan megtanítani a szükségleteit minél kevesebb segítséggel kielégíteni.

Terv:

- mérjük fel a beteg önellátási deficitjének mértékét, valamint az osztály adta lehetőségeket, amelyekkel a lehető legjobb eredményt tudjuk elérni célunk érdekében
- tájékozódjunk a betegről és a hozzátartozókról az otthoni lehetőségekről és próbáljuk meg azt adaptálni az önellátási képességeinek visszaszerzéséhez a klinikai ápolás során
- az összes szükséglet kielégítésében segítségnyújtás, mert a beteg el tudja végezni, ha a feltételeket biztosítottuk:
 - *táplálkozás és folyadékfelvétel:* enterális módon a beteg el tudja végezni, ha az ételt és a folyadékot elé készítettük.
 - *tisztálkodás:* a napi tisztasági fürdőt a beteg saját igényéhez mérten elő tudjuk segíteni, akár az ágy mellett mosdótál segítségével, akár fürdetőszék segítségével a zuhanyzóban. Mindkét esetben fontos a gipsz és a seb víztől szennyeződéstől való védelme. (Célszerű a beteget minél hamarabb a természetes módszerhez visszavezetni, mert pszichésen hamarabb regenerálódik az önellátási deficit adta elkeseredettségéből – ez opcionális).
 - *bőrápolás:* az összefekvő és a nyomás alatt lévő bőrfelületek fokozott ápolása, szárazon tartása, a bőr hamar decubitálódhat mind a fekvés, mind a gipszrögzítés alatt. Fontos a beteg minden, a gipszet illető panaszát ellenőrizni.
 - *vizeletürítés:* kacsába, de amennyiben a beteget tudjuk, akkor ösztönözzük, hogy minél előbb menjen ki a mosdóba.
 - *székletürítés:* mindenféleképpen a beteget juttassuk ki a mellékhelyiségbe, akár mankó segítségével, akár gördíthető szoba WC-vel.
- minden beavatkozást (folyadék felvétel, ürítés, bőrápolás) regisztráljunk pontosan, a kivitelezést befejezve

Ápolási diagnózis 2: *helyváltoztatási deficit az elszendvedett lábszártörés következtében, amely a helyváltoztatáshoz kötött szükségletek csökkent kielégítésében nyilvánul meg.*

Cél: a beteg mobilizációja minél rövidebb idő alatt a leghatékonyabb szintet érje el, amelyet a beteg olyan módon elsajátít, hogy otthonában alkalmazni tudja.

Terv:

- mérjük fel a beteg mobilizációs képességeit
- kérjük az orvos utasításait a korlátok meghatározásához
- kérjük a gyógytornász közreműködését a mobilizáció oktatásához
- válasszuk ki a megfelelő mobilizációs eljárást (figyelembe kell venni a beteg képességeit, valamint azt, hogy az otthonában mivel fog tudni a legkönnyebben közlekedni, pl. járókerettel nem tud lépcsőzni)
- biztosítsuk a beteg számára a kiválasztott segédeszközt
- a beteg mobilizációját a lehető leghamarabb meg kell kezdeni, és mindaddig figyelemmel kell kísérni, amíg a klinikán tartózkodik
- mindennap végezni kell légző-, keringésjavító tornát, valamint hangsúlyozni kell a szabadon lévő ízületek folyamatos mozgását
- a kezelés tényét minden művelet után regisztráljuk

Ápolási diagnózis 3: ismerethiány az aseptikus sebkezeléssel kapcsolatban, amely verbális közlésben nyilvánul meg.

Cél: a beteg ismerje meg az aseptikus sebkezeléssel kapcsolatos legfontosabb szabályokat.

Terv:

- mérjük fel a beteg meglévő ismereteit
- magyarázzuk el az aseptikus sebkezelés fontosságát
- tájékoztassuk a beteget, hogy amint láz, addig még nem lévő fájdalom, fokozódó váladékozás, kellemetlen szag jelentkezik, akkor nem otthon kezdi el kezelgetni, hanem azonnal jelentkeznie kell a kezelő traumatológián
- magyarázzuk el a betegnek, hogy kerülje azt, hogy a kötését víz és szennyeződés érje
- tájékoztassuk a beteget, hogy orvosi utasítás nélkül a kötést eltávolítani nem szabad
- a klinikai kötéscsere folyamán demonstráljuk az aseptikus kötéscserét
- képek segítségével mutassunk a betegnek lobmentes, valamint septicus sebet
- az oktatásba vonjuk be a hozzátartozót
- dokumentáljuk a betegoktatás tényét

Ápolási diagnózis 4: fájdalom a csonttörés következtében, amely verbálisan vagy non-verbálisan (szenvedő arckifejezésben, kímélő testtartásban stb.) nyilvánul meg.

Cél: a beteg fájdalmát csillapítsuk oly módon, hogy az ne akadályozza a komfortérzetet és a rehabilitáció folyamatát.

Terv:

- mérjük fel a beteg fájdalmát numerikus skála segítségével
- mérjük fel a beteg esetleges alternatív fájdalomcsillapító módszereit
- a fájdalomcsillapítás során tartjuk magunkat a fokozatosság elvéhez: helyzetváltoztatás, végtag-felpolcolás, jegelés, kötéslazítás, gyógyszeres fájdalomcsillapítás

- a gyógyszeres fájdalomcsillapítás mindig orvosi utasítás szerint történik
- a folyamatot pontosan dokumentáljuk, majd a fájdalomcsillapítás után fél-, illetve egy órával ismételtelen felmérjük, értékeljük, és ha szükséges új fájdalomcsillapítási tervet készítünk

Ápolási diagnózis 5: *infekció kockázata a nyílt lábszársérülés következtében.*

Cél: az ápolás során ne alakuljon ki fertőzés.

Terv:

- a higiénés szabályok betartása az ápolás során és a kötözések során: kézhigiéné, steril műszerek, steril kötszerek, gumikesztyű alkalmazása, veszélyes hulladékok kezelése, szennyezett eszközök szabályos kezelése
- az infekcióra utaló tünetek mielőbbi felismerése, fájdalomfokozódás, váladékozás, láz, bőrpír, duzzanat
- a fertőződés gyanúja esetén a minél előbbi elkülönítés a többi beteg védelme érdekében
- a beavatkozások regisztrálása, valamint az orvos felé minden gyanút azonnal jelenteni

Ápolási diagnózis 6: *baleset kockázata a megváltozott helyváltoztatási képességek következtében.*

Cél: ne alakuljon ki baleset az ápolás során.

Terv:

- mérjük fel az beteg mobilizációs képességeit
- a már fent leírt módon megtanítjuk a beteget a kiválasztott segédeszközzel biztonságosan közlekedni
- tájékoztassuk a beteget, hogy kerülje a vizes csúszós felületeket, valamint a beakadásra alkalmas padlófelületeket (pokrócok)
- csak akkor engedjük a beteget önállóan közlekedni, ha már meggyőződünk a járás biztonságosságáról
- dokumentáljuk a tapasztaltakat, valamint a betegoktatás tényét

Ápolási diagnózis 7: *thrombosis kockázata a tartós gipszrögzítés és a csökkent mobilizációs képességek következtében.*

Cél: ne alakuljon ki az ápolás során thrombosis.

Terv:

- mérjük fel a beteg állapotát és kockázati tényezőit
- kezdjük meg a minél hamarabbi mobilizációt
- minden nap végezzen a beteg a gyógytornásztól elsajátított vénás és keringésjavító tornát

- adjuk be a betegnek az elrendelt alacsony molekulásúlyú heparinkészítményt (LMWH).
- dokumentáljuk az ápolási folyamatot

Ápolási diagnózis 8: ismerethiány az öninjekciózással kapcsolatosan, amely verbális közlésben nyilvánul meg.

Cél: a beteg az ápolás során sajátítsa el az öninjekciózást (LMWH)

Terv: betegoktatás

Ápolási diagnózis 9: székrekedés kockázata a csökkent mozgás és az esetlegesen csökkent folyadékbevitel következtében.

Ápolási terv:

- mérjük fel a beteg székletürítési szokásait
- nézzük meg a dokumentációban, hogy mikor volt a betegnek utoljára széklete, és hogy spontán volt-e vagy hashajtással
- próbáljuk meg az alternatív módszereket (gyógytorna, több séta, természetes anyagok: pl. tamarin lekvár)
- változtassuk meg a beteg étrendjét úgy, hogy rostús legyen, kérjük dietetikus segítségét, ha szükséges
- hangsúlyozzuk a bőséges folyadékbevitel jelentőségét
- amennyiben az alternatív megoldások nem hoznak eredményt, akkor jelentsük az orvosnak, és adjuk meg az elrendelt hashajtót, illetve adjuk meg az elrendelt beöntést
- törekedjünk a napi székletürítésre
- az otthoni ápolásra gondolva vonjuk be a betegoktatásba a beteg hozzátartozóit is
- regisztráljuk az ápolási dokumentációban a terápiát és az eredményességét, valamint a betegoktatást

Értékelés

- Minimális segítségigénye van étkezésnél és tisztálkodásnál, melyet otthonában a családja képes nyújtani.
- Ürítési szükségleteit – hónaljmankó használata mellett – önállóan képes kielégíteni.
- A beteg önállóan helyzet- és helyváltoztatásra képes. A javasolt segédeszközzel, tehermentesítés mellett önállóan közlekedik.
- A beteg a sebkezelésnél alkalmazott szabályokat a betegoktatás során helyesen visszaadta, azokat ismeri.
- A fájdalom minden alkalommal a kitűzött időkorlátnak megfelelően értékelendő.
- Az ápolás során fertőzés nem alakult ki.
- Az ápolás során baleset nem következett be.
- Az ápolás során trombózisra utaló tünetet nem észleltünk.
- A betegnek az ápolás során, a 4. post op. napon alternatív módszerrel nem megoldható székrekedése alakult ki.

- A beteg a subcutan injekciózás során (LMWH) alkalmazott szabályokat a betegoktatás során helyesen visszaadta, azokat ismeri. Az öninjekciózást képes végrehajtani.

Eredménytelenség?? → Újratervezés

Korábbi kockázati diagnózis (PE):

Székrekedés kockázata a csökkent mozgás és az esetlegesen csökkent folyadékbevitel következtében

Értékelés után állapot diagnózis (PES):

Megváltozott székletürítési habitus, a csökkent fizikai aktivitás, a fájdalomcsillapítók esetleges mellékhatása következtében, amely székrekedésben nyilvánul meg.

Az ápolási folyamat újraindítása: Probléma→Diagnózis→Cél→Terv→Kivitelezés→Értékelés „Ördögi kör” a beteg távozásig, gyógyulásáig.

Összegzés

- Mindig megtesszük, de még ez nem tudatosult bennünk
- Minőségügyi kritérium
- Segít megszerezni a tevékenységeket, amelyeket el kívánunk végezni
- Személyre szabott ellátást biztosít
- Csökkenti a hibalehetőséget
- Tényszerűen rögzítve van az evidens tevékenység is
- Az ápolási tevékenységünk minőségi mutatója is lehet

Felhasznált irodalom

1. Alfaro-LeFevre R.: Az ápolási folyamat alkalmazása lépésről lépésre. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2001.
2. Carpenito LJ.: Ápolási diagnózisok. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 1996.
3. Oláh A., Németh K., Pálfiné Szabó I., Tulkán I., Jankó A., Fehér R., Zborovján F., Raskovicsné Csernus M. (2012): Kritikus gondolkodás az ápolásban – az ápolás folyamata és dokumentációja. In: Oláh András: Az ápolástudomány tankönyve. p. 281–290. www.tankonyvtar.hu
4. Potter PA., Perry AG.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Az ápolási folyamat megvalósítása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996. p. 134–194.

Babarci Ágnes: Betegazonosítás, a beteg transzport-dokumentációja az egészségügyi ellátás során

Babarci Ágnes okleveles ápoló, klinikai centrum koordinátor, SZTE-ÁOK Sebészeti Klinika / OVSZ Szervkoordinációs Iroda

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet módosításáról rendelkező 88/2004. (X. 20.) ESzCsM rendelet 3.§-ának (5) bekezdése vezette be 2005. január 1-jei hatállyal a **betegazonosító**

rendszer intézményét. Ennek értelmében minden fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben biztosítani kell a betegellátás biztonságát fokozó betegazonosító rendszer működését, melynek részletes szabályait a szervezeti és működési szabályzatban kell meghatározni, figyelembe véve a hatályos adatvédelmi rendelkezéseket.

A betegazonosító rendszer működtetésének célja, hogy segítse az egészségügyi személyzetet a betegazonosításban és fokozza a betegellátás biztonságát. Így ellenőrizhetővé válik, hogy valóban az adott betegen végezzék el a számára szükséges vizsgálatot, beavatkozást. Továbbá a rendszer működése hozzásegít ahhoz is, hogy azok a betegek, akik – betegségük miatt, vagy más okból – az intézményben eltévednek vagy az intézmény területén bárhol rosszul lesznek, ellátásuk érdekében személyük és az ellátásukért felelős osztály a lehető legrövidebb időn belül azonosítható legyen.

A betegazonosító rendszer általános elvei:

- Célhoz kötöttség: Csak olyan adat használható fel, mely a betegazonosításhoz elengedhetetlen, arra alkalmas, csak a szükséges mértékben és ideig tart. *„Az azonosítónak olyan adattartalommal kell rendelkeznie, amely pontosan és kizárólagosan azonosítja az adott beteget és az ellátásáért felelős szervezeti egységet.”*
- Személyes adatok védelme: *„A személyes adatok védelmét és a páciens személyes jogait adatkezeléshez fűződő érdek nem sértheti.”* Ez azt jelenti, hogy az azonosítón nem szerepelhet olyan információ, mely alapján az egészségügyi ellátó rendszeren kívüli személyek számára a beteg beazonosíthatóvá válik.
- Diszkriminációmentesség: A betegazonosító formája, színe, alakja, jellege nem lehet olyan, amely diszkriminációra adna okot. *„Nem lehet messziről felismerhető jelzéssel ellátni egyes betegcsoportokat, nem lehet a jelzés megbélyegző a betegellátás szempontjából vagy a többi beteg előtt.”*

A betegazonosító formája lehet csuklószalag, azonosító lánc, azonosító kártya vagy bármi egyéb, melyet az intézmény szabadon választ meg. Fontos azonban, hogy könnyen olvasható, praktikus, egyszerűen kezelhető (le- és felvétel, viselhetőség), kényelmes és biztonságos legyen.

A betegazonosító igénybevétele kétféleképpen történhet:

1. Sürgős szükség: A beteget minden esetben el kell látni betegazonosítóval, ha öntudatlan, nem beszámítható, kommunikációban akadályozott vagy kommunikációra képtelen.

Sürgős szükségnek minősül, ha a betegtől fizikai, szellemi állapota miatt nem várható el, hogy személyes adatainak kezeléséhez hozzájárulását adja, de saját vagy más személy létfontosságú érdekeinek védelmében szükségessé válik a személyes adatainak, beleértve különleges adatainak a kezelése. Erre lehetőséget nyújt a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény.

2. Kérelemre történő betegazonosítás: A beteget fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézménybe való felvételkor minden esetben tájékoztatni kell a betegazonosítás lehetőségéről, annak céljáról, igénybevételenek módjáról. Amennyiben a beteg igényli az azonosító rendszer használatát, ennek tényét a betegdokumentációban rögzíteni kell, és ezt a beteggel alá kell írni.

A beteget tájékoztatni kell, hogy kérelme ellenére is sor kerülhet betegazonosító alkalmazására, amennyiben állapotában olyan változás következik be, mely ezt indokolttá teszi.

Az azonosító tartalma

A betegazonosító több azonosításra alkalmas elemet kell, hogy tartalmazzon, melyek lehetnek a TAJ szám utolsó négy számjegye, a beteg nevének monogramja, a felvétel dátuma, az osztály (szervezeti egység) kódja stb. Az azonosító elemei kombinálhatóak az intézmény sajátosságainak megfelelően.

Amennyiben a beteg kommunikációra képtelen, illetve abban akadályozott, és nem rendelkezik személyazonosító okmányokkal, akkor a beteget sürgősségi, egyedi azonosítóval kell ellátni. Ilyen azonosító elem lehet számsor (esetleg egyszerű sorszám), a szervezeti egység kódja, a felvétel dátuma stb.

A páciens minden egyes ellátási esemény előtt azonosítani kell. Az azonosítón lévő adatokat a kórlapon, vizsgálatkérő lapon, leleten feltüntetett azonosító adatokkal össze kell hasonlítani.

A betegszállítás jogi háttérét a 19/1998. (VI.3.) NM rendelet módosításáról szóló 15/2011. (IV.27.) NEMFI rendelet, 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről szabályozza. A beteg más egészségügyi intézménybe vagy otthonába történő szállítása külső betegszállításnak minősül, mely történhet betegszállításra szerződött szolgáltatóval vagy az Országos Mentőszolgálaton keresztül. Belső betegszállítás a páciens egészségügyi intézményben való tartózkodási helye és az utalási hely közötti transzportját jelenti.

A belső betegszállítást végezheti:

1. a szervezeti egység saját beteghordója,
2. betegszállításra szerződött szolgáltató,
3. mentésre feljogosított szervezetek által történő szállítás.

A kezelőorvos kompetenciája, hogy döntsön, vagy szakmai javaslatot tegyen a szállításról, mint ahogy annak megállapítása is, hogy a beteg állapotát tekintve alkalmas-e szállításra. A szállítást megrendelő orvos fog dönteni a szállítás módjáról (beteghordó, betegszállító, OMSZ). Abban az esetben, ha a beteg állapota miatt orvosi kíséret szükséges, a szállítás csak saját beteghordóval orvosi felügyelet mellett vagy mentővel történhet.

A beteg az intézmény saját beteghordó munkatársával szállítható, amennyiben a tartózkodási helye és az utalási hely közötti távolság, a beteg állapota ezt lehetővé teszi, és a szállítás folyamata, útvonala a szabályozás más pontjával nem ütközik.

Betegszállítóval történő szállítást az orvos vagy az általa kijelölt egészségügyi dolgozó rendeli meg. Minden esetben közölni kell:

- a) a beteg nevét, életkorát,
- b) 14 éven aluli beteg esetén a szülői (gondozói) kíséret igényét,
- c) a szállítást indokoló, illetve a szállítás szempontjából fontos kórismét, a betegszállítás idejét, körülményeit, illetve szakkíséret igényét,
- d) a betegfelvétel és a betegátadás helyét,

e) a megrendelő nevét, telefonszámát, a megrendelő orvos nevét és pecsétszámát.

Orvosi kompetencia a szállítási utalvány kitöltése, melyet átadnak a betegszállítást végző személyeknek. Belső betegszállítás esetén ez egy példányban kíséri a beteget a megrendelő orvos aláírásával és pecsétlenyomatával ellátva. Amikor a beteg az utalási helyre megérkezik, az egység munkatársának ezt a tényt rögzítenie kell. Az igénylő helyre történő visszaérkezést az egység munkatársának kell rögzítenie (dátum, óra, perc, aláírás).

A szállítást megrendelő szervezeti egység munkatársai kötelesek gondoskodni a beteg időben történő előkészítéséről (időjárási viszonyoknak megfelelő öltözet, infúzió bekötése, levétele), valamint a szállításhoz szükséges dokumentumokkal történő ellátásáról.

A szállítandó beteget el kell látni betegazonosítóval, annak érdekében, hogy a szállítási folyamat bármely pontján azonosítható legyen.

Minden esetben dokumentálni kell a beteg átadását, átvételét (dátum, óra, perc, aláírás).

Felhasznált irodalom

1. Belső betegszállító folyamat. www.intranet.szote.u-szeged.hu Elérés ideje: 2013.01.10.
2. Betegazonosítás. www.intranet.szote.u-szeged.hu Elérés ideje: 2013.01.10.
3. Betegbiztonság az egészségügyben. Tájékoztató kiadvány, Egészségügyi Minisztérium, 2007.
4. Egészségügyi Közlöny 2005. január 21-i EüM. Irányelv
5. Közlemény a kórházi betegazonosító „karszalag” használatáról. <http://www.jogiforum.hu/hirek/12356> Elérés ideje: 2013.01.10.
6. 19/1998. (VI. 3.) NM rendelet a betegszállításról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800019.NM Elérés ideje: 2013.01.10.
7. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC Elérés ideje: 2013.01.10.

Kiszel Attila István: Intenzív dokumentálás az intenzív osztályon

Kiszel Attila István BSc ápoló, intenzív betegellátó szakápoló, SZTE SZAKK AITI-I részleg

Az egészségügyi dokumentáció az egészségügyi szolgáltatás során a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és más személyes feljegyzéseket tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás, bármilyen más módon rögzített adat.

A dokumentáció vezetése a legkevésbé szeretett feladat az ápolás során. Bármennyire is tiltakozunk a vezetése ellen, jogi szabályozás írja elő az egészségügyi dokumentáció vezetésének lépéseit:

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
3. 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet
4. Minőségbiztosítás (ISO, MEES standardok).

Az ápolók által vezetett dokumentáció az intenzív osztályon számos változtatáson ment át 2009 óta. A beteg állapotával kapcsolatos megfigyeléseket tartalmazó dokumentáció kétoldalassá csökkent, elkerülve a betélapok és egyéb megfigyelő lapok használatát. Az egyetem által előírt ápolási dokumentáció viszont bővült, kiegészítéseként érkezési és távozási lap (ápolási összefoglaló), decubitus felmérő és kezelési lap, diétás és gyógytornász lap került vezetésre.

A jó ápolási dokumentáció jellemzői:

- tükrözi az ápolási folyamat fázisait;
- betegközpontú;
- felhasználóbarát;
- csak az ápolással összefüggő adatokat tartalmazza;
- praktikus, könnyen használható;
- az információkat műszakonként és nem feladatonként rendszerezi;
- alkalmas az ápolói teljesítmény mérésére;
- felhasználható az ellátó team tagjai számára;
- nem növeli az adminisztrációs terheket.

A dokumentálás alapelvei a következők:

- egyértelmű, pontos;
- olvasható;
- tömör, hiánytalan;
- kerüli a rövidítéseket;
- folyamatos, rendezett, logikus;
- minden bejegyzést dátum, időpont előz meg;
- minden bejegyzésnél szerepel az ápoló aláírása;
- a TB számára elegendő információt ad az elvégzett feladatról.

A dokumentáció vezetése során minden ápolóra vonatkoznak a 48/2009.(XII.29) EüM rendelet 5. számú mellékletének szabályai:

- Minden ellátási eseményt annak kell dokumentálnia, aki azt észlelte, megállapította, mérte, végrehajtotta.
- Az ápolói beavatkozásokat, ellátási eseményeket időrendi sorrendben kell dokumentálni, percnyi pontosság is elvárható.
- Az adott tevékenységet, ápolói beavatkozást végző személy aláírása kötelező.
- Az ápolási dokumentációt csak jól olvasható, tiszta, világos, tartós írásképet adó eszközzel (kék színű toll, informatikai eszköz) lehet vezetni.
- Tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait.

Az egészségügyi dokumentáció részeként kétoldalas megfigyelő lapot vezetnek az ápolók, mely a következőket tartalmazza. Óránként numerikusan jelölt vérnyomás, MAP, pulzus, ICP, CPP értékek, 4 óránként CVP, 6 óránként hőmérséklet (láz és kontrollált hypothermia esetén gyakrabban) mérése történik. Szintén óránként ellenőrizzük a

lélegeztetéssel kapcsolatos paramétereket, akár spontán a beteg légzése, akár légzéstámogatásra szorul. Az óránként ellenőrizendő paraméterek csoportjába tartozik a fájdalom (melynek felmérése numerikus vagy visual analóg skálával történik), a légúti váladék leszívásának száma, a kamradrain megnyitásának sűrűsége és a RASS (Richmond Agitation and Sedation Score), orvossal együttműködve a GCS meghatározása. Koponya és arteria carotis műtötteknél óránként pupilla-ellenőrzés történik. Műszakonként egyszer ellenőrizni kell az intubált vagy tracheostomizált betegnél a tubus vagy sztómás kanül cuff nyomását.

Az ápolási dekurzus vezetése is ezen az oldalon történik. Műszakonként egyszer a beteg állapotával kapcsolatos megfigyeléseket rögzítjük szövegesen. A leírtakban szót kell említeni a tudatállapotról, a keringési és légzőrendszer megfigyeléseiről, a bevitt és ürített folyadékokról, testváladékokról, várt és nem várt reakciókról, a hozzátartozók által megfogalmazott leggyakoribb kérdésekről.

A megfigyelő lap másik oldalán a gyógyszereléssel kapcsolatos információkat találjuk. A gyógyszeres és infúziós terápiát, az enterális és parenterális táplálást az orvos rendeli el, szignójával és orvosi pecsétjével hitelesíti azt. Az ápolók óra:perc pontossággal jelölik a beadás módját, illetve azt, ha a beadás nem valósult meg.

A gyógyszerelés alatt óradiurézis vezetése, illetve a különböző testváladékok, drainen ürült mennyiségek jelölése történik. Széklet megfigyelésénél a Bristol székletskála értékeit használjuk a leírásokhoz.

A megfigyelő lap ezen oldalán történik az ápolás tervezése. 4 óránként szájoillettet, 6 óránként szemtoillettet végzünk, bőrápolást műszakonként egyszer, illetve szükség szerint, kötécserét szükség esetén végzünk, légzőtornát szintén szükség szerint végzünk (NIV, kesztyűfújás, köhögési technikák, posturalis drainage), tervezetten 2 óránként fordítjuk oldalra a beteget.

Ezen az oldalon történik az bevitt és ürített folyadékmennyiségek összesítése, mely az éjszakai ápoló feladata.

Nem volt könnyű megszokni a dokumentáció-vezetéssel kapcsolatos feladatokat. Saját magunk ellenőrzésére kórlapellenőrző bizottságot állítottunk fel, mely egy orvostól, egy kritikus ápolóból és a kritikus adminisztrátorból állt. Kezdetben hibáktól hemzsegett a dokumentáció-vezetésünk. A leggyakoribb hibákat összegyűjtöttük, osztályértekezleten és személyes beszélgetések során megbeszéltük, és igyekeztünk kijavítani azokat. A könnyebb dokumentáció-vezetés érdekében javaslatokat tettünk és tanácsokat adtunk a zökkenőmentes dokumentáláshoz.

Tanácsok az ápolási dokumentáció vezetéséhez:

- Az ápolási dokumentációt a beteget fogadó nővér tölti ki, ha nincs ideje, 12 órán belül pótolni kell (folyamatos munkarend).
- Ha nem tudunk a betegről (vagy hozzátartozóitól) érdemleges anamnézist felvenni (a beteg altatott, eszméletlen vagy a hozzátartozó még nem jött meg), jelölni kell, hogy miért hiúsult meg az anamnézis felvétele. A hiányzó adatokat lehetőség szerint rövid időn belül pótolni kell (betegről, hozzátartozótól, mentőstől).
- A paramétereket minden órában ellenőrizni és jelölni kell a megfigyelő lapon, a lélegeztetést is. A távozáskor kikapcsolt monitor utolsó értékét is jelölni kell.

- Nem altatott és nem eszméletlen betegnél a lélegeztetési paramétereket (légzésszám) és fájdalom értékelését (VAS) éjszaka is vezetni kell, ha nem írjuk, jelölni kell, hogy miért (a beteg aludt, fájdalma nem volt, a monitorizált légzésszám nem volt értékelhető technikai hiba miatt).
- Az adatokat az órának megfelelő oszlopba kell írni, onnan való átcusúsások lehetőség szerint ne forduljanak elő.
- Decubitus lapot (ápolási dokumentáció része) minden egyes esetben vezetni kell, naponta 1x a bőr állapotát (éjszakás, fürdetés alatt) fel kell mérni.
- Az exitus letális idejét ne kerekítsük egész órára.
- Ha a beteg eltávozik az osztályról vagy meghalt, a folyadékegyensúly és a kábítószer összesítése, ápolás értékelése történjen meg, a küldő osztályt az exitus tényéről értesíteni kell.
- A felelős ápoló rovatba és a dokumentáció más részeibe sem kerülhet oda nem illő bejegyzés.
- Ha a dokumentációban javítani kell, sem az átírás, sem a hibajavítóval való lefestés nem engedélyezett, egy vonallal történő áthúzás és mellé szignó aláírás szabályos.
- Ha az ápolási dokumentáció felvételénél segítünk a kollégáknak, az elvégzett feladatokat aláírjuk, de a beteget ellátó ápolónak is alá kell írnia.
- A távozási lap (ápolási összefoglaló) kitöltése is kötelező, s minden esetben kerüljön tovább a beteggel.
- A megfigyelő lapon a gyógyszerbeadási módokat jelölni kell (iv; im; p.os; szonda; it; sc; rect.).
- A dokumentáció vezetéséhez fekete tollat nem használhatunk!

Odafigyeléssel és a szabályok betartásával sikerült az ápolási dokumentáció-vezetés során felmerülő hibákat csökkentenünk. Az ellenőrzés kezdetén előforduló hibáink két A4-es oldalt tettek ki. Legutóbbi ellenőrzés során mindössze három hibát találtak az ápolási dokumentációban.

Felhasznált irodalom

1. Tulkán I.: Az ápolási folyamat. In: Bokor N. (szerk.): Általános ápolástan és gondozástan. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2009. p. 139–157.
2. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Elérés ideje: 2013.01.10.
3. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700047.TV Elérés ideje: 2013.01.10.
4. 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/mkpdf/hiteles/mk09193.pdf> Elérés ideje: 2013.01.10.

Fejezetek a sürgősségi ellátás témaköréből

Horváth Ádám: Betegellátási, megfigyelési protokoll

Horváth Ádám intenzív terápiás szakasszisztens, Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

„Minden erőltetett memorizálás felesleges megterhelés az emlékezetnek. Mit sem ér, ha valakinek jó az emlékezete, de nincs ítélő ereje. Az ilyen ember: két lábon járó lexikon.”
Immanuel Kant (1724–1804)

Az ápolási folyamat, illetve magának az ápolásnak a mindennapos gyakorlása, betegágy melletti hasznosításának minősége folyamatos veszélyben van. Ezt a veszélyt kiküszöbölhetetlen emberi gyengeségeinkkel, hiányosságainkkal magyarázhatjuk leginkább. Az ápolói tevékenység hosszmetzetében sem hasonlítható egy precíz gépi munkafolyamathoz, komputer vezérelt robothoz, aki vagy ami mindig ugyanazon szabályok, előre betáplált hibátlan programok alapján tevékenykedik. Szintén nehézséget jelent az eltérő, igen változatos külső körülmények okozta pszichés és mentális hatások összessége, melyek különösen azokban a diszciplínákban jelentkeznek feltűnően, ahol az átlagosnál lényegesen nagyobb a stressz, fokozottabb a fizikai és lelki igénybevétel, és kevesebb a pihenésre és rekreációra fordítható idő.

Felvetődik a kérdés, hogyan és milyen módon lehetne javítani, de még inkább megelőzni az ezekből származó hibákat és tévedéseket. Igény mutatkozik tehát arra, hogy egy kidolgozott protokoll mellett legyen még más lehetősége is az ápolónak, ami valamiféle rendszerességre, szabályosságra készletti gondolatait, cselekedeteit, kimondott és leírt szavait egyaránt.

Az ápolás ilyen, merőben új szemléletű gyakorlata már lényegesen nagyobb esélyt ad az előforduló nem kívánatos mulasztások minimálisra csökkentésére, a beteg állapotváltozásának gondos, aprólékos követésétől kezdve egészen a precíz és áttekinthető ápolási dokumentáció vezetéséig. Hosszú út ez, aminek számos, előre kifürkészhetetlen állomáshelye tarkítja és nehezíti az ápoló munkáját, mely különösen az intenzív betegellátás során jellemző. Mindezt megkönnyítendő, hívjuk segítségül a nyugati országokban már oly jól ismert memoriterek, azok közül is most kettőt, amik a betegágy mellett folytatott hétköznapi tevékenységek végzését és annak adminisztrációs vonatkozásait lényegesen átláthatóbbá teszik.

Kritikus állapotú betegek érkezését követő első ellátáskor, osztályok közötti beteg átadás-átvétel, illetve az ápolási dekurzus írásos rögzítése során, de még számtalan más alkalommal igen hasznos azoknak a memoritereknek a használata, amik közül az egyik a „FAST HUG”, a másik pedig a „LÉKET KIVÉVE” nevet viseli.

Mindkettő egy bizonyos algoritmushoz igazodva segít a szakdolgozóknak a releváns teendők érvényesítésében. A világon ennek számtalan változata ismert. Sok közülük kifogástalanul alkalmas az egészségügyben is annak elkerülésére, hogy valami lényeges teendő vagy kontrollálandó feladat kimaradjon, akár az ellátás, akár az ezt követő adminisztráció során. A „FAST HUG” helyesbítésre, kiegészítésre került, és így „(m)FAST HUG(S)” néven ismert, különösen angolszász körökben. Ez az alapvető sürgősségi *teendő*ket taglaló mozaikszó, ahol

a *teendő* a hangsúlyos. Nyelvünk színességének köszönhetően a „gyors ölelés” többféleképpen is áttehetjük anyanyelvünkre. Talán a legszellemesebb dr. Reményi Csaba fordítása, átköltése a „NÉGY FÁT VESZ FEL”.

„(m)FAST HUG(s)” („gyors ölelés” – avagy, mit tegyél?)

Mouth: **szájtolettet** gyakran végezve a VAP megelőzésére

Feeding: **táplálás** indítás, ellenőrzés

Analgesia: **fájdalomcsillapítás** – tilos elmulasztani

Sedatio: **nyugtató** adása

Trombosis prophylactic: **trombózisvédelem**

Head up: **fejrész** emelése (30-45 fok)

Ulcus prevention: **fekély** megelőzése – GI vérzés prevenciójaként

Glucose: **cukor** rendezése (6-10 mmol/l között optimális)

(S)kin: **felfekvés** megelőzése, kezelése

A magyar változatban tulajdonképpen az eredeti angol nyelvű memoriter mindegyik pontja szerepel. Íme dr Reményi Csaba alkotása:

NÉGY FÁT VESZ FEL

Nyugtató: A betegek panaszainak, szenvedésük enyhítésére, valamint az oxigénigény és -felhasználás javítása céljából kötelező jelleggel kapnak szedatívumokat.

Étrend: Folyamatos enterális táplálást preferálunk – hacsak ez nem kontraindikált.

Gyomorvédelem (Ulcus-prevenció): folyamatos táplálásban, és/vagy gyógyszeres th.

Fájdalomcsillapítás: Minden esetben kötelező – szedációval kombinálva eredményes.

Trombozis megelőzése: Gumiharisnya és/vagy antikoagulancia.

Vércukorkontroll: Cél a kritikus állapotú betegeknél 6-10 mmol/l között.

Emeld a felsőtestet: Aspiráció megelőzésében, légzési dinamika javításában is hasznos.

Szájtoilette: A lecsorgó váladék fertőtlenítésével a VAP megelőzésére törekszünk.

FELfekvés megelőzés: A mihamarabbi mobilizálás és a bőrápolás a prevenció záloga.

A második említésre kerülő memoritert, ami már magyar találmány, a szerző annak érdekében alkotta meg, hogy a kritikus állapotú betegek *észlelésének* szempontjait könnyedén felmérhessük. Az *észlelésen* a hangsúly. A „LÉKET KIVÉVE” a státusz feltérképezésén túl segítséget ad a betegátvételtől, és az ellenőrzés szinte minden fontosabb elemét érinti.

LÉKET KIVÉVE (avagy mit ellenőrizz?)

LÉ gzés (respiratio)	–	hogyan, mennyit, hányszor légzik, vagy lélegeztetjük
KE ringés (circulatio)	–	RR, P, gyógyszerrel, vagy eszközös támogatással
Tu dát (sensorium)	–	Richmond Agitáció Szedáció Skála (RASS)
Ki választás (diuresis)	–	óradiurézis, HD kezelés, UF, szín, konzisztencia

Injekciós pumpák	–	altató, nyugtató, vérnyomásra ható, egyéb szerek
VÉrgáz	–	fontosabb eltérések: Na, K, pH, pO ₂ , pCO ₂ , HCO ₃ , cukor
Volumetrikus pumpák	–	mi és mennyi
Eszközök invazívan	–	kanülök, draineik, szondák pozíciója, állapota

Összefoglalva tehát hasznos a memoriterek alkalmazása az intenzív gyakorlatban. A feledékenység, a fáradtság mindig jelenlévő hibaforrások. Egyéb külső körülmény is hátrányosan befolyásolhatja a betegellátást, ami megint csak tévedéshez vezethet. Ezek a memoriterek fazont szabnak az ápolási folyamat helyes alkalmazásához, emelve annak színvonalát, több esélyt adva a beteg mielőbbi állapotjavításához.

Felhasznált szakirodalom

1. Armahizer MJ., Benedict NJ. (2011): FAST HUG: ICU Prophylaxis. <http://www.ashp.org/DocLibrary/MemberCenter/NPF/2011Pearls/Fast-HUG-ICU-Prophylaxis.aspx> Elérés ideje: 2014.09.02.
2. Horváth Á., Horváthné Szabó Á.: „LÉKET KIVÉVE” – egy memoriter a kritikus állapotú betegek intenzív ellátásában. (Előadásanyag az ETSZK intenzív terápiás gyakorlatán, valamint a Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakképző Iskola hallgatóinak számára.)
3. Reményi Cs.: Intenzív terápiás kisokos. Egyetemi Nyomda, Szeged, 2013.
4. Szabados Gy. (2013): A tűzvonal: az intenzív betegellátás mindennapjai. IME, 12 (4): 13–15.

Bakacsi Katalin: Sürgősségi betegellátás gyermekkorban

Bakacsi Katalin ápoló (BSc), csecsemő- és gyermekápoló, Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika

„Az akut jellegű kórképek kimenetele gyermekkorban is az egyéni biológiai variabilitáson túl nagymértékben a korai, megfelelő ellátás minőségének függvénye. Továbbá jelentősége van annak is, hogy az észlelő személy (beteg, hozzátartozó, ellátó) tudja, hogy milyen tünetek, panaszok esetén és milyen formában kérjen segítséget, riassza a sürgősségi ellátórendszert. Meghatározó, hogy a beteg minél korábban kerüljön a definitív ellátás helyére, és a megfelelő ellátási helyre kerülés folyamatában is a beteg állapotstabilizálására, állapotának javítására törekedjen a segítséget nyújtó személy.”

Bármikor kerülhetünk olyan helyzetbe, amikor a közelünkben tartózkodó gyermek hirtelen rosszul lesz. Mit kell ilyenkor tenni? A legtöbb ember megijed, pedig csak akkor tudunk hatékonyan segíteni, ha nem esünk pánikba. A hirtelen kialakuló rosszulleteknél laikusként is hathatósan tudunk elsősegélyt nyújtani, de ehhez az szükséges, hogy birtokunkban legyen a hatékony ellátáshoz szükséges tudás.

Céлом hogy az olvasóval megismertessem a gyermek-sürgősségi ellátás alapjait, segítsen a sürgősségi szemlélet kialakítását. A sürgősségi szemlélet megléte ahhoz szükséges, hogy az ellátó személy felismerje azokat a tüneteket, jeleket, melyek haladéktalanul beavatkozást igényelnek.

Mielőtt részletezném, hogy mit is értek *gyermeksürgősségi ellátás* alatt, néhány alapfogalmat elevenítenék fel. Mit is nevezünk általánosságban *sürgősségnek*? „*A körülmények előre nem látható kombinációját vagy az általuk okozott olyan helyzetet, amely azonnali beavatkozást igényel.*”

Amikor egy gyermek hirtelen rosszul lesz, szem előtt kell tartani azt, hogy egy speciális ellátási területet igénylő szituációval állunk szemben, azaz az elsősegélyt nyújtó személynek tudnia kell, hogy:

- a gyermekek sajátos anatómiai és élettani jellemzőkkel bírnak,
- éretlen szervekkel és szervrendszerekkel rendelkezhetnek,
- légútjaik kisebbek, ezért légútbiztosítási nehézségek merülhetnek fel.

Az általános teendők és tudnivalók közé tartozik az is, hogy az ellátó személy *felmérje az adott szituációt, a helyszín biztonságosságát, ezzel együtt saját magát is részesítse védelemben* (gumikesztyű), *keressen szemtanúkat, ha teheti, vonja be az ellátásba őket* (mentők értesítése). Ezt követően *az ellátó a gyermek állapotát azonnal mérje fel*, ebben segítségére lehetnek a különböző *betűsémák* alkalmazása. Ezen felül az ellátó személynek *törekednie kell* arra, hogy *a további sérülések és állapotromlások megelőzhetővé váljanak*.

Az első és talán az egyik legfontosabb betűséma, a **„SAVE A CHILD”** angol mozaikszó, mely szabad fordításban annyit tesz, hogy **„AZ ELSŐ BENYOMÁS”**. Ennek fontossága abban rejlik, hogy az ellátó személy könnyen követni tudja a sürgősségi ellátásban alkalmazott vizsgálati szempontokat, és ennek segítségével komplett képet tud kialakítani a gyermek aktuális állapotáról akár az egész testre kiterjedően is.

Nézzük mit is rejtenek a betűk:

- **S**=Skin (bőrszín és tapintata)
- **A**=Activity (mozgások, egyéb aktivitás)
- **V**=Ventilation (légzés)
- **E**=Eye contact (szemkontaktus, figyelem)
- **A**=Abuse (toxin- és egyéb abúzus jelenléte)
- **C**=Cry (sírási hang)
- **H**=Heat (láz, testhőmérséklet)
- **I**=Immune system (immunstátusz)
- **L**=Level of consciousness (tudatállapot megítélése)
- **D**=Dehydration (hidráltási állapot: bőr, nyelv)

A sürgősségi ellátás folyamán fontos szerepe van annak, hogy hogyan és milyen szempontok követésével vizsgáljuk az ellátásra szoruló gyermeket. Ennek az egyik legmegfelelőbb követési módszere az **A-B-C-D-E** betűkből álló szempontrendszer. A legfontosabb *alapelvek*, melyek betartása nélkülözhetetlen, ha ezt a sémát szeretnénk alkalmazni az ellátás folyamán:

- mindig eszerint a szempontok szerint vizsgáljuk és lássuk el a gyermeket,
- csak akkor menjünk tovább, ha már az aktuális pontot ellenőriztük és megoldottuk,
- minden állapotváltozáskor végezzük el újra a szempontok ellenőrzését.

Ha a fent említett alapelveket már tudjuk, akkor nézzük mit is jelentenek a sémában említett betűk:

- **A**=Airway (átjárható légút)
- **B**=Breathing (légzés)
- **C**=Circulation (keringés)
- **D**=Disability (reakcióképesség megítélése)
- **E**=Exposure (egész test és környezet vizsgálata, anamnézis=információ szerzése az esetleges szemtanúktól)

A sürgősségi ellátás elengedhetetlen összetevője a *tudatállapot felderítése* is, melyre több lehetőség is adott. Ilyen például a **Glasgow Coma Scala (GCS)** gyermekekre kidolgozott formája, melyet „**Módosított**” **Glasgow Coma Scalának** hívunk. Ez abban különbözik a felnőttekre alkalmazott tudatállapot skálától, hogy főleg a *verbális és motoros terület vizsgálatánál vannak finomabb értékelési szempontok* megadva. Ezek a szempontok *figyelembe veszik a gyermek életkorát, sírési hangját és beszédképességét, valamint az életkornak megfelelő mozgási képességeket*. Ennek hátránya, hogy ezt a vizsgálati eljárást főleg az egészségügyi ellátásban jártas személyek tudják alkalmazni.

A *laikusok számára* viszont van egy sokkal egyszerűbb vizsgálati módszer az **A-V-P-U** betűkből álló séma. Ez egy nagyon egyszerűen és logikusan felépített vizsgálati módszer, lényege, hogy *négy nagyon egyszerű vizsgálati szempontot követ*. A séma egyszerre vizsgálja az *éberségi szintet (A=Alert)*, a *hangingerre történő reagálást (V=Voice/Verbal)*, a *fájdalomingerre történő reagálást (P=Pain)* és a *reakcióképtelenség mértékét (U=Unresponsive)*. A kapott vizsgálati eredményeket pedig nagyon egyszerűen értékeli, ha a vizsgált személy éber és reagál a hangingerre, akkor *eszméleténél van*, ha pedig a fájdalomra vagy egyéb külső ingerre nem mutat egyértelmű reakciót, akkor *eszméletlen állapotban van*.

A gyermekkori sürgősségi ellátás magasabb szintje a *gyermek és újszülött alap- és emeltszintű újraélesztése*.

A *gyermekek alapszintű újraélesztésénél (PBLS=Paediatric Basic Life Support) első lépésként* mindig *ellenőrizzük a gyermek reakcióképességét*, ha *nem váltható ki reakció*, akkor azonnal *kiáltunk segítségért* (amennyiben van rá lehetőségünk), ezt követően *kezdjük meg a légút felszabadítását*, azaz *ellenőrizzük, hogy nincs-e idegentest a szájüregben* (hányás, játék, élelmiszer), ha van, azt távolítsuk el. Utána *ellenőrizzük, hogy milyen a gyermek légzése* (minősége, hangja, száma), ha *nincs légzés*, adjunk **5 befúvásos lélegeztetést**, majd *ellenőrizzük, hogy visszajött-e a gyermek légzése* és ezzel egy időben *keressük a keringés jeleit*. Amennyiben *nem észlelünk keringést*, *kezdjük meg a mellkasi kompressziót*, mely **15/30 mellkasi kompressziót** jelent (attól függően, hogy van-e segítségünk), **2 befúvásos lélegeztetés** mellett. Fontos *alapszabály*, hogy az újraélesztés alatt *folyamatosan ellenőrizzük a gyermek életjeleit*, az újraélesztést pedig addig folytassuk, ameddig meg nem érkezik a szakszerű segítség vagy a gyermek életfunkciói biztonságosan vissza nem térnek. Ha nem bizonyul elegendőnek az alapszintű újraélesztés, akkor a lehető leggyorsabban el kell kezdeni a *gyermek emelt szintű újraélesztését (Pediatric Advanced Life Support=PALS)*. Ez felépítését tekintve nagyon hasonlít, a fent említett PBLS lépéseire, csak itt *az ellátás ki van egészítve a szívritmus analízisével* (EKG vagy defibrillátor segítségével) és a *legfontosabb gyógyszeres kezeléssel* (adrenalin, amiodaron, atropin, magnézium). Ezért ezt csak *megfelelő intézményi háttér biztosításával* lehet szakszerűen kivitelezni.

Azonban az életünk során kerülhetünk olyan helyzetbe is, amikor nem egy gyermeket, hanem egy *újszülöttet (csecsemőt)* kell *újraéleszteni (NALS=Neonatal Advanced Life Support)*. Az újszülött újraélesztésénél *megszületést követően* azonnal fel kell mérni az *újszülött állapotát* (időre született, van légzése, milyen izmainak a tónusa), *30 mp elteltével ismét ellenőrzést kell végezni* (légzés és szívfrekvencia). Amennyiben *légzés nem észlelhető, ellenőrizzük és szabadítsuk fel az újszülött légútjait* (nyákeltávolítás, idegentest) és végezzünk *5 befúvásos* lélegeztetést, majd *végezzünk ismételt állapotfelmérést* (mellkasi mozgás, szívfrekvencia). Ha *nem észlelhető* mellkasi kitérés és pulzus, azonnal kezdjük meg az *alapszintű újraélesztést*. A szakszerű ellátáshoz *min. 2 főre* van szükség, *a légzésszám 30-60/perc* legyen, a *mellkasi kompresszió* pedig *minimum 90/perc*. Az újraélesztést *minimum 60 másodpercen* keresztül végezzük vagy addig, ameddig az újszülött *megbízható életjeleket* nem mutat. Ha *1 perc elteltével* sem lehet életjeleket észlelni, akkor *mérlegelni kell az emeltszintű újraélesztés* lehetőségét, azaz *a mesterséges légút biztosítást* (endotrachealis intubálás) és *gyógyszeres kezelést* (pl. adrenalin adása).

Minden újraélesztésnél *figyelembe kell venni a gyermek életkorát, testméreteit*, mert csak *a megfelelően megválasztott újraélesztési technikával* lehet végezni a lélegeztetést és a mellkasi kompressziót.

A végezhető mellkasi kompressziós technikák gyermekeknél:

1. **Kétujjas technika** koraszülötteknél és a kis súlyú csecsemőknél. Helyezzük el az egyik kezünk két (középső és mutató vagy gyűrűs) ujját a szegycsont alsó harmadán. Eközben a másik kezünkkel támasszuk alá az újszülött hátát, és kezdjük meg a mellkasi kompressziót.
2. **Hüvelykujjas-körülöleléses technika** érett újszülötteknél és csecsemőknél. Helyezzük el a két hüvelykujjunkt egymás mellett a szegycsont alsó harmada felett úgy, hogy a többi ujjunkkal körbefogjuk a törzset, és megtámasztjuk az újszülött hátát, és kezdjük meg a mellkasi kompressziót.
3. **Egykezes technika** kisgyermeknél. Helyezze egyik kezének tövét a szegycsont alsó felére, és ujjait emelje el, hogy ne gyakoroljon direkt nyomást a bordákra.
4. **Kétkezesteknika** serdülőkorú gyermekeknél. Lényegét tekintve megegyezik a felnőttek esetében alkalmazott mellkasi kompresszióval.

Összefoglalva, minden esetben, amikor sürgősségi helyzetbe kerül az ember, fontos, hogy higgadtak tudjunk maradni, amit teszünk, azt gondoljuk végig, bízunk önmagunkban és a tudásunkban, és ne feledkezzünk meg tudásunk felfrissítéséről.

Felhasznált irodalom

1. Hauser B., Nagy Á., Tóth Z., Újhelyi E., Szentirmai Cs.: A Magyar Resuscitációs Társaság 2011. évi irányelve a gyermekek újraélesztéséről.
2. Fritúz G., Diószeghy Cs., Göbl G.: A Magyar Resuscitációs Társaság 2011. évi felnőtt alapszintű újraélesztési (BLS), valamint a külső (fél)automata defibrillátor (AED) alkalmazására vonatkozó irányelve.
3. Somogyvári Zs., Széll A., Nagy Á., Hauser B.: A Magyar Resuscitációs Társaság 2011. évi irányelve az újszülöttek újraélesztéséről.

Baloghné Fűrész Veronika: A sürgősségi fogamzásgátlás

Baloghné Fűrész Veronika MSc védőnő, mentálhigiénés szakember, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

„A sürgősségi fogamzásgátlás az a védekezés nélküli nemi aktus utáni beavatkozás, mely a nem kívánt terhesség létrejöttének megakadályozására szolgál. (WHO definíció 2005.) A sürgősségi fogamzásgátlók hatásmechanizmusa összetett, és jelentős mértékben függ attól, hogy a menstruációs ciklus melyik részében történt a védekezés nélküli együttlét, illetve mikor alkalmazzák a módszert. Jelentős a különbség a fogamzásszabályozás és a fogamzásgátlás között, a sürgősségi fogamzásgátlás a negatív családtervezés része.”

Alapfogalmak:

1. **Menstruációs ciklus:** a vérzés megjelenésének első napjával kezdődő és a következő vérzés megjelenéséig tartó időszak, mely normális esetben 23–36 nap között változik. A menstruációs vérzés időtartama 3 és 7 nap közötti, átlagosan 5 napig tart.
2. **Megtermékenyülés:** a petesejt és a hímivarsejt összeolvadása.
3. A WHO 2002-es definíciója szerint a beagyazódás számít a **terhesség kezdetének**.
4. **Fogamzásszabályozás:** valamennyi, a pozitív és negatív családtervezéssel kapcsolatos módszer.
5. **Fogamzásgátlás:** negatív családtervezés, az összes olyan módszer, mely a terhesség létrejöttének megakadályozását szolgálja.
6. **Sürgősségi fogamzásgátlás** a negatív családtervezés része.

Az egyes fogamzásgátló módszerek megbízhatóságát jelzi a **Pearl index**. Azt fejezi ki, hogy egy adott módszer tipikus használata esetén, rendszeres házasság mellett, 100 nőnél 1 év alatt hány esetben következik be terhesség. Ideális Pearl index=0. A fogamzásgátló módszerek hatékonyságát a Pearl index alapján mérik.

A **fogamzásgátlás** nagyon régóta foglalkoztatja az emberiséget, szinte egyidős vele. Az első időszakban a **varázslat módszerével** próbálkoztak az emberek, hittek abban, hogy ezzel a módszerrel befolyásolható, mikor érkezék a baba, ehhez különböző amuletteket, rituálékat alkalmaztak. Hitük szerint a gyermek az istenek ajándékaként érkezett.

Meglepő módon már igen régóta használnak/használtak a férfiak **kondomot**, például az egyiptomiak állatbélből, a középkorban halak bőréből és állati bélből, esetleg textil ágyneműből, mert azt már ekkor felismerték, hogy ha az ondó nem jut a hüvelybe, akkor nem jön létre a terhesség.

A **műtéti beavatkozások** sem annyira újkoriak, de természetesen régen a sterilitás hiánya miatt ezek a beavatkozások sokkal több áldozatot szedtek. A nem kívánt terhességet magzatelhajtással, csecsemőgyilkossággal „oldották meg”. Az ausztrál bennszülötteknél ma is alkalmazzák azt a műtéti eljárást, amikor a húgyvezeték a herék tetejénél megnyitva kerül el, hogy a sperma a hüvelybe jusson.

Közkedvelt megoldás volt **vegyi anyagok** alkalmazása, például a citromlé vagy egy félbevágott citrom felhelyezése a hüvelybe. Az ókori egyiptomiak a pomegranate (gránátalma) magokat préselték össze, majd **kúpok** formájában alkalmazták azokat, de alkalmaztak krokodilürüléket is, ebből **labdac**sokat készítettek, és ezeket is a hüvelybe helyezték. Ezen vegyi módszerek egy részéről mára kiderült, hogy valóban gátolják az ovulációt természetes ösztrogéntartalmuk miatt, mint a mai modern tabletták.

Krisztus előtt, az 1500-as években papiruszra íródott az első fogamzásgátló eszköz, mely feltehetőleg a galamb kívánságcsontja volt, ezt készítették később fémekből, például aranyból is, ez a **méhen belüli eszközök** prototípusa. A módszer azon a megfigyelésen alapult, hogy a tevekaravánok nőtény állatainak méhébe tett kövek a hosszabb ideig tartó sivatagi vándorlás során megakadályozták az állatok vemhességét.

A ma ismert **hormonális fogamzásgátlás története** 1901-től vette kezdetét, amikor először a petefészek, majd 1929-ben az ösztroon női hormont izolálták. Ez utóbbi Adolf Butenandt biokémikus nevéhez köthető. 1936-ban amerikai tudósok kimutatták, hogy a progeszteron képes meggátolni az ovulációt. Hans Inhoffen, Walter Hohlweg és munkatársai laboratóriumában előállították az ethinyl-ösztrodiolt, az első olyan ösztrogénszármazékot, mely szájon át szedve is hatásosnak bizonyult. A kutatások felgyorsultak, mert az 1950-es években sikeresen gyűjtöttek amerikai kutatók pénzt hormonális fogamzásgátló gyógyszerek fejlesztésére. Az USA-ban vezették be az első fogamzásgátló tablettát, az Enovidot 1959-ben. Európában először az NSZK-ban lehetett kapni Anovlar néven az első orális fogamzásgátló tablettát, 1961-ben. A tabletta megjelenése megosztotta a közvéleményt, az első időszakban kizárólag csak olyan nőknek írták fel, akik férjnél voltak, az indikáció a menstruációs ciklus szabályozása volt, és nem a fogamzásgátlás. A fiatalok körében a fogamzásgátló tabletta a szexuális szabadságot jelképezte. Ekkor történt, hogy a szexualitásról, fogamzásgátlásról először beszéltek nyíltan az emberek, főleg a fiatalok. Az 1960-as évek végére egyértelművé vált, hogy már nem lehet csak a férjnél lévő nőknek felírni a tablettát, egyre több egyedülálló nő kereste azokat az orvosokat, akik nekik is felírták az orális fogamzásgátlókat.

Magyarországon 1967 áprilisától kapható orális fogamzásgátló tabletta, az első időszakban nálunk is csak férjezeteknek írták fel, és elsősorban ciklusszabályozási céllal.

200 vezető történész megállapítása szerint a XX. századi történelemben a legnagyobb hatást a társadalomra az orális fogamzásgátló tabletta megjelenése, bevezetése tette.

A **sürgősségi fogamzásgátlás** története sokkal rövidebb múltra tekint vissza, értelemszerűen, mint az egyéb módszereké. 1974-ben írták le először, hogy ösztrogén és gesztagén tartalmú készítményekkel a védekezés nélküli együttlét után 56–89%-ban volt hatékony a nem kívánt terhességek megelőzése. A készítményeket 12–72 órán belül alkalmazták, a hatékonyság természetesen az idő előrehaladtával csökkent. A mellékhatások igen erősek voltak: hányinger, hányás, alhasi görcsök, erős, fájdalmas, nagy mennyiségű vérzés, ezek az erős mellékhatások a kutatókat arra készítették, hogy más összetételű készítményeket dolgozzanak ki. 1984-től alkalmaztak először csak gesztagén, levonorgestrel tartalmú készítményeket, sokkal enyhébb mellékhatásokkal. A „sürgősségi tabletták” pontos hatásmechanizmusa ma sem ismert, az tudjuk, hogy gátolják az ovulációt, késleltetik a peteérést, a spermiumok és a petesejt mozgására is gátlólag hatnak. A nyakcsatornában termelődő nyák átjárhatóságát csökkentik, és gátolják a petesejt beágyazódását. A védekezés

nélküli együttlétet követően 12 órán belül alkalmazva 72-78%-ban, 72 órán belül alkalmazva 30-40%-ban hatékonyak.

Mikor javasolt a „sürgősségi tabletta” alkalmazása? Védekezés nélküli együttlétet követően a nem kívánt terhesség megakadályozására, orális fogamzásgátló tabletta szedési tévesztése, kihagyása esetén, óvszer, pesszárrium használati hiba okán. Magyarországon a sürgősségi fogamzásgátló tabletta vényköteles, évente maximum négy alkalommal alkalmazható, nem növeli meg a méhen kívüli terhességek kialakulásának esélyét. Nem alkalmazható ez a módszer súlyos májelégtelenség, bármely komponenssel szembeni túlérzékenység esetén. 12 éves kor alatt nem írható fel, 12-14 éves kor között is csak szülő jelenlétében. Magyarországon nem alkalmazott módszer, de Európa több országában alkalmazzák az IUD-t mint sürgősségi fogamzásgátló eszközt. 1975-ben alkalmaztak először intrauterin eszközt a nem kívánt terhesség megakadályozására, hatékonysága a tapasztalatok alapján 95-98%, a védekezés nélküli együttlét után öt nappal is felhelyezhető.

Felhasznált irodalom

1. Major T.: Hatékony, biztonságos fogamzásgátlás. A Rizikófaktor népegészségügyi kampány hivatalos kiadványa. Budapest, 2011.
2. Papp Z.: A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest, 2007.
3. www.neesspanikba.hu Elérés ideje: 2014.08.15.

Sokszínű dietetika

Gyüre Eszter: Táplálkozási zavarok a dietetikus szemével

Gyüre Eszter dietetikus, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Dietetikai Szolgálat

A táplálkozási zavarok ma már az elfogadott betegségek kategóriájába tartoznak. A fiatalkori evészavarok két fő formája ismert, az **anorexia nervosa** és a **bulimia nervosa**. Ezek mögött a soványság utáni kóros vágy áll. Szintén kiemelt jelentőséggel bír az **orthorexia nervosa**, egy viszonylag új típusú táplálkozási zavar, amelyre jellemző, hogy az egyén kizárólag csak egészséges vagy annak tartott ételeket hajlandó elfogyasztani. A betegség legfontosabb kezelése maga a megelőzés, mivel ha a súly harmóniában van a magassággal, akkor a táplálkozási zavarok ki sem alakulnak. A megelőzésben a családnak nagyon fontos szerepe van, mivel ha egy család jól működik, akkor már születéstől kezdve helyes életmódra nevelik a gyermeket.

Abban az esetben, ha nem sikerült a megelőzés, a cél a minél hamarabbi gyógyulás. A terápia hatékonyságához különböző szakterületek összehangolt működésére van szükség (pszichiáter, pszichológus, belgyógyász, dietetikus). A terápia fő célja a tápláltsági állapot rendezése, súlycsökkentő viselkedésformák megszüntetése, normális étkezési szokások újratanulása. A dietetikus munkája a teamen belül egy teljesen egyéni étrend kialakítása. A

legfontosabb célkitűzés, hogy a páciens elfogadja az ételt. Segíteni kell kialakítani a normális étkezési ritmust, rá kell szoktatni őket a napi ötszöri étkezésre.

Első találkozás alkalmával meg kell határozni a beteg tápláltsági állapotát, ki kell számítani az alapanyagcseréjét és testtömegindexét, ehhez kell igazítani a diétás kezelést. A következő lépés a táplálkozási adatfelvétel, mely magában foglalja a táplálkozási szokások kikérdezését, táplálkozási napló íratását. A táplálkozási naplóban szerepelnie kell az étkezések számának, idejének, mennyiségének, ezáltal átfogó képet kaphatunk a beteg táplálkozási szokásairól, és a közölt adatok alapján ki tudjuk átlagban számolni a páciens energia-, fehérje-, zsír- és szénhidrát-fogyasztását.

Anorexia nervosa esetén a diéta irányelvei a következők: megfelelő folyadékbevitel; elektrolit-háztartás rendezése (K-, Ca-, Mg-pótlás); vitamingazdagság; fokozatosság (túlterhelés elkerülése); energia- és fehérjebő érend.

A megfelelő energia- és fehérjebevitel kezdetben nehézségekbe ütközik, hiszen a páciens elutasítja az ételt, viszont a legyengült szervezet túlterhelése sem ajánlott. Ezáltal a későbbiekben a diétában a hangsúly a dúsításon van. Cél, hogy viszonylag kis mennyiségben nagyobb energiabevitelt biztosítsunk.

Dúsíthatunk:

- **Fehérjékkel:** tojásfehérje, tejpor, máj, túró, reszelt sajt;
- **Zsiradékokkal:** tejföl, tejszín (nem felvert formában), zsíros tejpor, majonéz, étolaj, vaj, margarin;
- **Szénhidrátokkal:** méz, kevés cukor (egyéni tolerancia), kekszek, lisztek, keményítő.

A roborálás során jól alkalmazhatóak a különböző összetételű tápanyagmodulok, amelyek csak egy-egy alapvető tápanyagot tartalmaznak. Előnyük, hogy belekeverhetők az ételbe anélkül, hogy megváltoztatnák az étel ízét, jellegét, állagát. A nyersanyag kiválasztásánál kezdetben elsősorban zsírszegény termékeket alkalmazzunk, mert a hízástól való félelem miatt a páciens nem fogyasztja el azokat az ételeket, amelyekről tudja, hogy sok energiát tartalmaznak és magas zsírtartalmúak. A sorozatos fogyókúrák kapcsán teljesen tisztában vannak az egyes ételek tápanyagtartalmával. Mivel a betegek nem esznek normál adagokat, úgy próbáljuk tálalni az ételt, hogy minél kevesebbnek tűnjön, ezt burkolt tálalási módnak nevezzük. A testgyarapodás ütemét bizonyos mértékig programozni lehet: 1 kg testsúlynövekedéshez 7000 többletkalória szükséges. A tényleges szükségletnél napi 700 kcal mennyiséggel több energia elfogyasztása esetén 10 nap alatt tudunk 1 kg súlygyarapodást elérni.

Anorexia nervosa esetén a következő konyhatechnológiai eljárások alkalmazhatóak: sűrítési eljárások (diétás rántás, hintés, egyszerű és finom habarás); **hőbehatás** (főzés, párolás, sütés – alufóliában, cserépedényben, teflonedényben –, grillezés); **hőelvonás** (dermesztés, fagyasztás); **ízésítés** (zöld és szárított fűszerek, méz).

A következő ételek javasoltak:

- **Levesek:** kezdetben nem ajánlott, későbbiekben a jól dúsítható krém- és gyümölcslevesek beépíthetőek.
- **Mártások:** sajtmártás, paradicsom-, sóska-, kapormártás, gyümölcsmártások.

- **Főzelékek, köretek:** kezdetben angolos, lengyeles, párolt zöldségek; majd főzelékek, csöbenschültek, burgonya és tésztafélék sok zöldséggel.
- **Tojásételek:** tojáskrém, omlett, töltött tojás.
- **Húsételek:** párolt és főtt húsok, töltött húsok, rakott ételek.
- **Tészták, édességek:** pudingok, felfújtak, rétes (gyümölcsös, túros), piskóta.
- **Folyadék:** gyümölcs- és zöldséglevek, limonádé, víz (Szénsavas üdítőitalok nem javasoltak!).

A **bulimia nervosa** falásrohamokkal járó kényszerbetegség, melynek során az egyén rövid idő alatt igen nagy mennyiségű étel elfogyasztására képes. Ez elhízáshoz vezet, melyet a beteg szeretne elkerülni, ezért hánytatja magát, hashajtókat szed, és túlzott fizikai aktivitást végez. A betegség súlyosbodásával a falásrohamok és a hányások közötti időtartam, a kényszer eluralkodik a páciens életén. A betegség okai lényegében ismeretlenek, ezeknél az embereknél jellemzően felfedezhető valamilyen személyiségzavar, szeretet utáni vágy, magány, gyermekkorban elszenvedett trauma, önértékelési zavar. A diagnózis felállításakor figyelmeztető jel lehet a savtól sérült fogzománc, megnagyobbodott fültömírgy, csökkent vérkáliumszint, ujjzúletek feletti heges bőr.

A **diétás kezelés alapelvei a következők:** megfelelő folyadékbevitel biztosítása; elektrolit-háztartás zavarának rendezése; étkezés egyoldalúságának megszüntetése; fehérjebő, energiaszegény étrend biztosítása; vitaminokban, ásványi anyagokban gazdag, változatos étrend; energiabevitel: ideális testsúlyra számított 20-25 kcal/ttkg; fehérjebevitel: 1,2-1,4g/ttkg; zsiradékbevitel: 0,6-0,8 g/ttkg; szénhidrátbevitel: 2-4 g/ttkg.

A nyersanyagválogatás szempontjai a következők:

- **Húsok, húskészítmények:** sovány sertés, marha, csirke, pulyka, vad, zsírszegény felvágottak.
- **Tej, tejtermékek** közül az alacsony zsírtartalmúak fogyaszthatóak. Tejdesszertek közül az alacsony zsírtartalmú, szacharózmentes termékek ajánlottak.
- **Zöldségfélék, gyümölcsök** főként alacsony szénhidráttartalmúak és diétásrost-gazdagok legyenek. Nem javasoltak a szárazhüvelyesek, banán, aszalt gyümölcsök, szőlő, ringló, olajos magvak.
- **Kenyerek, péksütemények** elsősorban teljes kiőrlésű lisztből készüljenek és 50-100g-os mennyiségnél többet ne fogyasszon a beteg egyszerre. Különböző magvakkal, sajttal dúsított kenyerek nem javasoltak.
- **Zsiradékok** közül főleg a növényi eredetűeket helyezzük előtérbe. A kenhető zsiradékok közül pedig a csökkentett zsírtartalmú készítményeket ajánlott előtérbe helyezni.
- **Italok** közül előnyösek az energiát nem tartalmazó folyadékok.

Bulimia esetén a következő ételkészítési eljárások alkalmazhatóak: főzés, párolás, sűrítés, lazítás.

Az **orthorexia nervosa** egy új típusú táplálkozási zavar, amelyre jellemző, hogy az egyén csak egészséges vagy általa annak tartott ételeket hajlandó fogyasztani. A beteg az étkezést alárendeli az egészségesség szempontjainak, és ha mégis valami mást eszik, lelkiismeret-furdalása lesz. Míg anorexia és bulimia esetén az étel mennyisége és a testsúlycsökkentés a fő kérdés, addig az orthorexia esetében a minőség a kritikus tényező.

Amennyiben a páciens nem talál számára megfelelő táplálékot, koplalni is hajlandó, csak azért, hogy nehogya számára tisztátalan ételt kelljen magához vennie. Ezek az egyének a diéta folytatásától remélik problémáik megoldódását, életük megváltozását. Kényszeres-fóbiás személyiségvonásokkal rendelkeznek, speciális érzelmeket társítanak az ételekhez; veszélyes, mesterséges és egészséges ételcsoportokba sorolják az élelmiszereket. Általánosságban jellemző a tojás, hús és tejtermékek elutasítása. Előtérbe helyezik a nyers ételek, bioélelmiszerek, főtt szerves táplálékok fogyasztását. A csapvizet sem isszák meg, helyette ásványvizet és desztillált vizet fogyasztanak. Az egyoldalú táplálkozás következményeként számolni kell gyomor-bélrendszeri panaszokkal, alultápláltság illetve hiánybetegség kialakulásával. A gyógyuláshoz vezető legfontosabb és egyben legnehezebb lépés, hogy a személy ráébredjen megszállottságára. A megoldás nem a diéta elvetése, hanem az élvezet és egészség összeegyeztetése. A betegekben tudatosítani kell, hogy alapvetően nincs jó és rossz, egészségtelen és egészséges étel.

Felhasznált irodalom

1. Bíró Gy., Lindner K.: Tápanyagtáblázat. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1999.
2. Lelovics Zs. (2007): Gyermekkori orthorexia – Kinek a betegsége? Új Diéta, 3-4 szám.
3. Túry F., Szabó P.: A táplálkozási magatartás zavarai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000.
4. Veresné B.M.: Gyakorlati Dietetika. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006.

Kun Judit: A dietetikus szerepe az otthoni hospice ellátásban

Kun Judit dietetikus, Dr. Csernai Katalin Háziiorvosi, Otthonápolási és Szolgáltató Kft., Hódmezővásárhely

„A palliatív ellátás olyan, alap- és szakellátás szintjén működő, szabadon, térítés nélkül igénybe vehető gondozási forma, melynek célja a gyógyíthatatlan – különösen a rákbetegség gyógyíthatatlan stádiumába került –, szenvedő betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a beteg életminőségének javítása. Az ellátás multidiszciplináris (szakorvos, diplomás ápoló, szakápoló, koordinátor, gyógytornász, szociális munkás, mentálhigiénés szakember, dietetikus), a beteg döntésén alapul, nyílt, őszinte kommunikáció jellemzi és kiterjed a beteg hozzátartozóira is”. A hospice teamben dolgozó dietetikus diétás tanácsaival és az étrend megváltoztatására vonatkozó javaslataival hozzájárul a beteg komfortérzetének javításához, a lehető legjobb életminőség biztosításához.

A dietetikus feladat célkitűzése: Minden felvételre került daganatos beteg felkeresése, aki igényli és elfogadja a dietetikus segítséget. Diétás tanácsadásban nemcsak a tápcsatorna, illetve az emésztőszervi megbetegedésben szenvedők részesülnek, hanem minden beteg számára elérhető, mivel táplálkozási gond minden daganatos beteg kezelése során előfordulhat. Segítséget nyújt a daganatos betegek táplálkozással kapcsolatos gondjainak könnyítéséhez. Javaslattal ad a különböző konyhatechnológiai eljárások alkalmazásához (pl. pépesítés,

turmixolás). Fontos, hogy az étrend egyénre szabott legyen, a beteg állapotának és igényeinek figyelembe vételével. A megfelelő étrenddel törekszik a kezelések mellékhatásainak enyhítésére.

A daganatos betegségek gyakori jellemzője a befolyásolhatatlan testsúlyvesztés. A betegek 50%-a alultáplált. A gyógykezelések étkezési nehézséggel járnak, amelynek jellemző tünetei: **étvágytalanság, testtömegvesztés, alultápláltság.**

Az alultápláltság következménye: **szervi működészavar, általános állapot romlása, életminőség romlása.**

Az otthoni hospice ellátás a kapcsolatfelvétellel kezdődik. A koordinátor megadja a beteg elérhetőségét és a dietetikus felkeresi otthonában a beteget. A bemutatkozást követően tájékozódik a beteg állapotáról, meghallgatja a beteget, képet kap arról, hogy a beteg mit tud betegségéről (a további beszélgetés szempontjából fontos tényező), meghallgatja a hozzátartozót. Itt kerül sor a zárójelentések, leletek megtekintésére, és a további vizitek időpontjának és ezek teendőinek megbeszélésére.

Az alkalmazott étrend célja: A testtömeg fenntartása, növelése és ezzel megelőzhető az állapotromlás, a beteg egyéni kívánságának figyelembe vétele, roboráló, energia és fehérjében gazdag étel bevitel, fokozatos és egyenletes ütemű roborálás, a szervezet megkímélése a felesleges emésztőrendszeri és méregtelenítési munkától, a salakanyagok kiürítésének elősegítése, teljes értékű táplálkozással a szervezet ellenálló képességének optimalizálása, a beteg és családjának folyamatos felvilágosítása, fokozott pszichés támogatás.

A rákellenes kezelési módszer erősen hat az emberi szervezetre. A terápiával a gyorsan osztódó sejteket célozzák meg, amelyek az egészséges sejteket is károsítják. Az egészséges sejtek károsodása vezet a mellékhatások kialakulásához. A sugárkezelés és a kemoterápia alkalmazásával jelenik meg a táplálkozást is befolyásoló **gastrointestinalis tünetcsoport:**

- *Kellemetlen, bűzös lehelet:* melynek okai a rossz szájhigiéne, aphták megjelenése, alkohol, dohányzás, gyógyszerek. Kezelésére gondos szájhigiéne és az orális folyadékbevitel javasolt.
- *Szájszárazság:* melyet nem feltétlenül a dehidráció okoz, okozhatja maga a tumor, a daganatellenes kezelések, gyógyszerek, egyéb kísérő betegségek. Kezelése folyadékban gazdag, nagy nedvességtartalmú étrenddel, szilárd és sós ételek kerülésével lehetséges. Ajánlott jégkrémet, fagyaltot adni a betegnek, súlyos esetben a nyálkahártyák nedvesen tartására vízpermetet alkalmazni.
- *Stomatitis:* melynek oka lehet a csökkent nyáaltermelés, legyengült immunitás, gyógyszerek. Ebben az esetben elsősorban a folyékony, energiadús ételek, italok fogyasztása ajánlott, kerülve az erősen fűszeres, csípős, darabos ételeket. Javasolt a napi étkezést kiegészíteni tápszerekkel, tápitalokkal.
- *Ízérzés zavarok:* oka általában az ízlelőbimbók számának, érzékenységének csökkenése, a hiányos táplálkozás (vitamin-, ill. cinkhiány), gyógyszerek és a nem megfelelő szájhigiéne. Kezelése vitamin- és cinkpótlással, aromás, de nem erős, zöld fűszerezéssel készült ételek adásával lehetséges.
- *Étvágytalanság:* amely a daganatos betegség közvetlen következménye, illetve másodlagos oka is lehet (pl.: teltségérzet, hányinger, hányás, fokozott szagérzőképesség,

székrekedés, stomatitis, gyengeség, fájdalom, gyógyszerek, depresszió). Kezelése étvágyjavítókkal, gyakori, kis adagú ételek adásával történik. Kerülni kell az ételszagot (étkezés előtt és közben gyakran szellőztessünk). Az étkezés nyugodt körülmények között történjen.

- *Anorexia-cachexia szindróma:* Az előrehaladott állapotú tumoros betegek több mint felét érinti. A fehérje-energia malnutriciót a felfokozott alpanyagcsere hozza létre. Súlyosítja a csökkent táplálékbevitel, hányás, hasmenés, fokozott fehérjevesztés. Kezelése megegyezik az étvágytalanság esetén alkalmazott étrenddel.
- *Nehezített nyelés:* oka a száj, gége, nyelőcső izmainak tumoros infiltráltsága, oesophagusba gyakorolt külső nyomás, koponyaalap, meningealis, agytörzsi tumorterjedés, kiterjedt candidiasis, nyálkahártyák nagyfokú szárazsága, gyengeség. Étrendi kezelése folyékony vagy pépes étrenddel, ezek dúsításával történik, melyet ajánlott tápszerrel, tápitalokkal kiegészíteni.
- *Hányás-hányinger:* A terminális állapotú tumoros betegek esetében a késleltetett gyomorürülés, a bélobstrukció, a gyógyszerek és biokémiai eltérések teszik ki a hányások okának 80%-át. Kezelése hányáscillapító adásával, B6-vitamin bevitelének növelésével, majd az étrendben kerülni kell a túl zsíros, olajos, túl édes ételek adását, inkább az étel legyen zsírszegény és sósabb a megszokottnál. Az étel hideg vagy langyos legyen, a meleg, intenzív illatú étel hányingert, hányást vált ki. Étkezés közben szellőztessünk, vagy friss levegőn étkezzen a beteg.
- *Székrekedés:* Kialakulásában szerepet játszik a csökkent táplálék, különösen a csökkent rostbevitel és a csökkent folyadékbevitel vagy fokozott veszteség (pl. hányás, gyengeség, pszichoszociális okok, gyógyszerek). Az eredményes kezeléshez célszerű felderíteni a lehetséges okot. A székrekedés a beteg szervezetnek igen megterhelő, így a következő élelmiszerek ajánlottak: répafélék, spenót, céklalé, író, joghurt, aszalt szilva, aszalt szilva leve, paradicsom, reszelt alma, káposzta, savanyú káposzta, és az ezekből készült ételek, gyógyteák.
- *Hasmenés:* nem gyakran fordul elő, általában hashajtók túladagolása okozza, de jelentkezhethet fertőzés vagy gyógyszerek mellékhatásaként is. A rövid ideig tartó hasmenés is igen fontos vitaminokat és ásványi anyagokat távolít el a szervezetből, amely súlyosítja a beteg állapotát. Az étrend legyen csökkentett rosttartalmú, kerülni kell a tejet és a savanyított tejtermékeket, javasolt a banán, rizs, alma, tojás, burgonya fogyasztása. Nagyon fontos a folyadékpótlás.

Tapasztalat: A táplálkozástudomány, illetve a diétetika segít a különböző daganatos betegségek étrendi kezelésében, de a palliatív terápiában, a terminális állapotú betegek esetében nem ragaszkodhatunk a szabályokhoz. Ezekben az esetekben a beteg igényét és kívánságát előnyben kell részesíteni.

Az otthoni hospice ellátásban a diétetikus és a beteg kapcsolata általában 2-6 alkalomból áll, illetve a beteg halála után lezárul. A diétetikus vizit, majd a kapcsolat lezárása dokumentálási kötelezettséggel jár. A dokumentációnak tartalmaznia kell a látogatás időpontját, az elvégzett tevékenységet, a beteggel kapcsolatos észrevételeket és az aláírásokat.

Felhasznált irodalom

1. Barna M.: Táplálkozás és diéta. In: Beró T., Bodánszky H.: Tumoros betegek diétája. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1996.
2. Hegedűs K., Szy I.: A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület Szakmai irányelvek 2. bővített kiadás, 2002.

Tóthné Restár Tünde: Az egészséges táplálkozás irányelvei

Tóthné Restár Tünde dietetikus, Szegedi Tudományegyetem Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóság

A különféle megközelítések közül az alábbi meghatározás tűnik leginkább elfogadhatónak: az egészséges táplálkozás a különféle élelmiszerek, élelmi anyagok, ételek és italok olyan arányban és mennyiségben, kellő változatossággal történő tartós és rendszeres fogyasztása, amely bizonyítottan csökkenti betegségek kockázatát, azaz valóban „*az egészségnek javára válik*”.

Mindenki szeretne egészségesen élni és táplálkozni, azonban konkrét tanácsok nélkül ez bizony nehezen sikerülhet, hiszen nem lehet mindenki képzett egészségügyi szakember. Jelenlegi táplálkozásunk tehát számos vonatkozásban nem kielégítő. Mit kell tenni az egészséges táplálkozás érdekében?

1. Minél **változatos**abban, minél többféle élelmiszerből, különböző módokon elkészített ételekből állítsuk össze az étrendünket. Ne ragaszkodjunk a megszokotthoz, ne legyenek előítéleteink. Előbb ízleljünk meg és próbáljunk ki más ételeket is, s csak utána mondjunk véleményt. A sokszínű, nem gyakran ismétlődő ételsorokat tartalmazó étrend már önmagában biztosítékot jelent arra, hogy minden szükséges tápanyagot megkap a szervezetünk, így külön vitamin- és ásványianyag-pótlásra nincs szükség.

2. **Kerüljük a zsíros ételeket**, a főzéshez-sütéshez inkább olajat, a süteményekhez margarint használjunk. Különösen fontos ez a keveset mozgók, ülő foglalkozásúak számára. Részesítsük előnyben a gőzölést, a párolást, a fóliában, teflonedényben vagy fedett edényben, mikrohullámú sütőben való ételkészítést, a zsiradékban sütéssel szemben. Mellőzzük a rántást, kedvezőbb a kevés liszttel, étkezési keményítővel készített habarás.

3. **Kevés sóval** készítsük az ételeket, utólag ne sózzunk: a mérsékelt sós ízt nagyon gyorsan meg lehet szokni. Különösen kerüljük a gyermekek ételének sózását, mert az akkor kialakult ízlés az egész életre kihat. A fogyasztásra kész élelmiszerek közül válasszuk a kevésbé sózottakat, az ételek változatos ízesítésére sokféle friss vagy szárított fűszernövényt használhatunk. A magas sófogyasztásnak súlyos következményei lehetnek, ilyen például a magasvérnyomás-betegség vagy akár a gyomorrák kialakulása.

4. Csak az étkezések befejező fogásaként, hetenként legfeljebb egyszer-kétszer fogyasszunk **édességet**, süteményt, és soha ne az étkezések között. Ételeinket lehetőleg egyáltalán ne, legfeljebb nagyon csekély mértékben cukrozzuk. Ahol lehet, cukor helyett használjunk mézet. Igyunk inkább természetes gyümölcs- és zöldséglevet, mintsem cukros italokat, szörpöket. A kávéba, teába – ha egyáltalán szükséges – inkább mesterséges édesítőszert tegyünk. Ne szoktassuk a gyermekeket az édes íz szeretetére.

5. Naponta fogyasszunk mintegy fél liter **tejet** és **tejterméket** (pl. sajtót, túrót, aludttejet, kefirt, joghurtot). A tejtermékek közül a kisebb zsírtartalmúakat válasszuk. A tejben lévő kalcium jó hatásfokkal szívódik fel, segíti a csontok és a fogak épségének megőrzését.

6. Rendszeresen, naponta többször is együnk **nyers gyümölcsöt**, **zöldségfélét** (pl. salátának elkészítve), párolt főzeléknövényt, zöldséget. Gyakran válasszunk sötétzöld leveles főzelékféléket, citrusféléket, paradicsomot, valamint hüvelyes főzelékeket – ezekben bőségesen vannak karotinoidok, C-vitamin és folátok (folsav).

7. Naponta többször fogyasszunk **gabonafélét**. Tervezzük úgy napi étrendünket, hogy lehetőleg minél több étkezésre jusson teljes értékű gabonatermék. Használjunk teljes értékű gabonafélét az ételek elkészítéséhez is, és törekedjünk a változatosságra. Például készítsünk időnként puliszkát, zabkását, zabkorpás pogácsát, kölesrizottót. Őrizzük meg a gabonafélékből készült étel alapanyagainak értékeit – az elkészítés során csak kis mennyiségben vagy egyáltalán ne adjunk hozzá zsiradékot és sót.

8. **Naponta négyszer-ötször étkezzünk**. Egyik étkezés se legyen túlságosan bőséges vagy nagyon kevés. Együnk nyugodtan, kényelmes körülményeket teremtve, nem kapkodva. A főtt ételeket elkészítésük után mielőbb tálaljuk, ne tároljuk melegen órákig. Legyen meg a napi étkezési „menetrendünk”, lehetőleg mindig azonos időpontokban együnk.

9. A szomjúság legjobban **ivóvízzel** oltható. Az alkohol a szervezetre káros, a szeszes italok energiafelesleget jelentenek táplálkozási szempontból, ezért kerülni kell ezeket, gyermekeknél kisebb mennyiségben is tilosak.

10. A helyes táplálkozás nem jelenti egyetlen ételnek, élelmiszernek a tilalmát sem, célszerű azonban egyeseket előnyben részesíteni, mások fogyasztását csökkenteni. Nincsenek tiltott táplálékok, csak kerülendő mennyiségek.

Bőséges fogyasztásra javasolt: elsősorban a gyümölcsök, zöldség-, főzelékfélék, hal, továbbá a teljes kiőrlésű lisztből készült pékáruk.

Mérsékelt fogyasztásra javasolt: nem zsíros húsok, húskészítmények, zsírszegény tej- és tejtermékek, zsiradékok (célszerű a zsír helyett az olaj, vaj helyett a margarin), tojás, tészta, száraz hüvelyesek.

Kerülni javasolt: édességek, fagylalt, cukrozott készítmények (befőtt, lekvár), zsíros húsok, zsíros ételek, tejszín, cukor, cukros üdítők, só, tömény italok, sör, bor.

Figyeljünk a csomagolt élelmiszereken feltüntetett energia- és tápanyagértékekre és az egyéb összetevőkre.

11. A helyes táplálkozás kedvező hatásait hatékonyan egészíti ki **rendszeres testmozgás**. Az egészséges életmódhoz pedig hozzátartozik a dohányzás kerülése.

12. Élelmiszert csak **megbízható helyről** szerezzünk be! Előzzük meg az érintkezést a nyersanyag és a készétel között! Megfelelő sütéssel, főzéssel a legtöbb étel biztonságossá tehető! A romlandó élelmiszert és az ételeket mielőbb hűteni kell! Mossunk gyakran kezet!

Tartsuk tisztán a konyhát! Mindezekre figyeljünk oda akkor is, ha vendéglőben étkezzünk, ha otthonról visszük magunkkal az ételt a munkahelyre, illetve családi összejövetelek, házi disznóvágás esetén!

Felhasznált irodalom

1. Bíró Gy., Lindler K.: Tápanyagtáblázat. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1995.
2. Rodler I. (szerk.): Táplálkozási ajánlások a felnőtt magyar lakosság számára, 2004. http://www.oefi.hu/tap_feln.pdf Elérés ideje: 2014.09.01.
3. Zombori Z. (2010): 12 pont az egészséges táplálkozáshoz! <http://dietetika.info/egeszseges-taplalkozas/12-pont-az-egeszseges-taplalkozashoz/> Elérés ideje: 2014.09.01.

Bakosné Kopasz Szilvia: Divatos étrendek, fogyókúrák

Bakosné Kopasz Szilvia dietetikus, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás

A legtöbb fogyókúra alapelve hasonló: csökkenteni a szervezet energiabevitelét és megakadályozni a további zsírlerakódást. Aki a súlyfeleslegének leadásához hatékony módszert keres, a bőség zavarával találja szemben magát. Nagyon nehéz megítélni és megtalálni azokat a hatásos módszereket, amelyek biztonsággal alkalmazva a várt hatást eredményezik. Az elhízás nemcsak esztétikai problémát jelent, hanem sajnos alapja számos betegség kialakulásának, és ma már egy önálló betegség. Az elhízás kialakulásában számos tényező szerepet játszik, mozgásszegény életmód, a túlzott energiabevitel, esetleg rendellenes étkezési szokások vagy anyagcserezavarok. Egy jó fogyókúra összeállításánál meg kell határoznunk az elhízás mértékét és az egyén alapanyagcseréjét. Figyelni kell arra, hogy a testtömegcsökkenés ne okozzon anyagcserezavart, megfelelő legyen a szervezet tápanyagellátása, és nagyon fontos, hogy a diéta mellett ne alakuljon ki éhségérzet.

Egy jól összeállított fogyókúra jellemzői:

- energiaszegény (20-25 Kcal/testtömeg kg);
- zsírszegény (0,6-0,8g/testtömeg kg);
- fehérjebevitel kb. 1,2-1,4g/testtömeg kg;
- szénhidrátbevitel kb. 2-4g/testtömeg kg;
- diétás rostban gazdag;
- figyelembe veszi az egyén étkezési szokásait;
- alkalmazása esetén heti 0,5-1 kg-nál több testsúlyvesztés ne történjen, mert hosszú távon már a zsírintes testtömeg csökkenését eredményezheti;
- napi 4-5x-i étkezést javasol.

A legtöbb divatdiétára jellemző, hogy gyors fogyást ígér, nagy mennyiségű súlyvesztéssel, mindezt éhezés nélkül. Szinte mindegyik meghatározott időre szól. Egy gyors megoldást várunk, háttérbe szorítva egészségünket. A divatdiéták háttérében általában nem szakemberek, hanem ismert, híres emberek állnak. Alapjukat legtöbbször valamely tápanyag bevitelének nagymértékű növelése, illetve csökkentése adja.

1. Zsír-dús diéták:

Az **Atkins-diétát** dr. Robert C. Atkins alkotta meg az 1970-es években. Gyors és látványos fogyást ígér. A diéta lényege, hogy szinte korlátlan zsír-, illetve magas fehérjebevitelt és szinte teljes szénhidrátelhagyást ír elő. Elgondolásának alapja a lipolízis (zsírégetés) folyamata volt. Ennek lényege, hogy a szervezetben a szénhidrátok glükózzá, azaz cukorrá

alakulnak át, és ez szolgáltatja a szervezet számára az energiát, a felesleget pedig zsír formájában elraktározza. A szénhidrátok megvonásával a szervezet úgy érzékeli, hogy nem megfelelő a táplálékbevitel, és a saját, lerakódott zsírját kezdi elégetni. Sokan kedvelik, mert nagy előnye, hogy koplalás és önsanyargatás nélkül érhetünk el karcsúbb alakot. Ez a fogyókúra módszer 4 szakaszból áll.

Az első a **bevezetés szakasza**. A kezdeti időszak nagyon szigorú, ezért gyors fogyás fog bekövetkezni. Ez kb. 2 hétig tart. Ekkor 20g szénhidrát fogyasztása engedélyezett naponta.

A második szakasz a **folyamatos fogyás szakasza**. Ez idő alatt heti 5g-mal emelhető a szénhidrát mennyisége. Ekkor kb. 1,5 kg a fogyás mértéke. Ezt a szakaszt addig kell folytatni, amíg kb. 3-5 kg súlyfelesleg marad. A 3. szakaszt **előkészítő megelőzésnek** nevezte el. A szénhidrátbevitel heti 10 g-mal emelhető, főként kis glikémiás indexű élelmiszerekkel, de csak addig emelhető a szénhidrát mennyisége, amíg a fogyás meg nem áll. A 4 szakasz, a **tartós megőrzés fázisa**, amely kb. napi 70-120 g szénhidrátot jelent. A szénhidrátbevitel tovább nem emelhető.

Lutz-féle diéta: a húsfogyasztást helyezi előtérbe, és szintén korlátozza a szénhidrátok bevitelét. Ez a diéta is magas koleszterinbevitelt eredményezhet.

Pontdiéta: ebben a diétában a tápanyagoknak meghatározott pontértéke van. A zsírok és zsíros ételek, fehérjék egy-két pontot érnek, a szénhidrátok akár több száz pontot is. A napi 40 pontot azonban nem lehet túllépni.

Harvey-féle tojásdiéta: a módszer lényege, hogy naponta 7-8 db tojást kell elfogyasztani. Naponta kb. 700 Kcal (1 db tojás 68 Kcal) juttatunk a szervezetbe kis kiegészítéssel, amely súlycsökkenést fog eredményezni.

Egyes könyvek kiegészítésként ajánlják, hogy a diéta során sovány sajtot, sonkát, 1-1 szelet korpás kenyeret is fogyasszunk, ezzel is növelve a kalóriabevitelt. A diéta az előírások szerint 6 napig tartható, utána nem ismételtető, és orvosi ellenőrzés is javasolt.

2. Fehérjedús diéták

Hollywood diéta: Napi 3-6 tojás és sovány hús, hal, szója fogyasztható. A keményítőtartalmú ételeket kerülni kell. Az étrend a sok tojás miatt koleszterinben gazdag és mivel ez naponta kb. 700 Kcal-t jelent, az alacsony kalóriabevitel az anyagcsere csökkenését eredményezi, ezáltal bekövetkezik a fogyás.

Túródiéta: Alapvetően a szénhidrátokat iktatja ki az étrendből és helyettesíti túróval. Az ételek zsír és olaj nélkül készülnek. A diéta során minden nap minimum 25 dkg túró fogyasztható. A túró mellett sovány húst, halat engedélyez. Erős kalóriamegvonással jár, amelynek veszélye, hogy a diéta után a leadott súlyfelesleg hamar visszajön.

Banting-diéta: Napi 500-600 g állati fehérje bevitelét javasolja, 60-80 g kenyér és minimális zsiradék fogyasztását engedélyezi. Ez a fehérjemennyiség extrém magas, nemcsak egyoldalú, hanem meg is terheli a szervezetet.

Edd magad soványra (Cooly-féle) diéta: Naponta 750-1000 Kcal-nál több nem fogyasztható, és annak 50%-a fehérje. A zsíros ételeket tilos fogyasztani. A túlzott nagy mennyiségű fehérje megterheli a vesét.

Fél csirke diéta: Napi 40 dkg csirke fogyasztását engedélyezi, kiegészítve zöldségekkel.

3. Szénhidrátdús diéták

Schrott-kúra: 4 ivónap és 3 ún. száraznap váltja egymást. Az ivónapokon minimum 1 liter folyadék bevitelére kerül sor, amely lehet víz, bor és tea. A nők 3 dl, a férfiak 5 dl bort fogyaszthatnak. 2 ivónap után egy száraznap következik, amikor csak 1 pohár narancslevet szabad fogyasztani. Nem ajánlott vesekő, csökkent vesefunkció, köszvény, trombózis esetén sem. Állati eredetű termékek, nikotin, kávé nem fogyaszthatók a kúra alatt. A diéta 600 (nők) - 700 (férfiak) Kcal bevittet engedélyez. Párolt zöldségek mellett kis mennyiségben gyümölcsök, teljes kiőrlésű pékáruk, burgonya és rizs fogyasztása javasolt.

Pritkin-féle diéta: a párolt zöldségeket, nyers zöldségeket engedélyezi, minimális fehérjebevitellel, pl. a sajt és hús csak ízesítésre használható. Fehérjeszegény étrendet jelent.

Rizsdiéta: csak rizs fogyasztását engedélyezi. Csak 1 napig szabad csinálni, esetleg hetente, kéthetente 1x megismételni. Mellette 3 liter víz fogyasztása ajánlott. Napközben többször lehet enni főtt rizst. A rizst só nélkül kell vízben megfőzni. Vízhajtó hatása miatt célszerű otthon maradni. Fehérjében és vitaminban hiányos ez az étrend.

Burgonya-diéta: napi maximum 1 kg burgonya fogyasztásából áll, amelyet sós vízben kell megfőzni. Napi 2 liter folyadék fogyasztása javasolt. A főétkezések alkalmával burgonyából készült ételek fogyaszthatók. A burgonyának igen magas a keményítőtartalma, nagyon jól laktat. Hús fogyasztását nem engedélyezi.

4. Egyéb diéták

- **Gyümölcsdiéták:** almakúra, ananászdiéta, szőlőkúra
- **Ivókúrák:** bor, sör, tejkúra
- **Különleges diéták:** CHEW-CHEW diéta, amely az angol chew = rágni szóból ered. Minden falatot 32-szer kell megrágni, egyébként bármi fogyasztható.

Napjainkban divatos étrendek, diéták: Súlykontroll, Testkontroll, Norbi-update, Dukán diéta, GI-diéta, Káposztaleves-diéta, 90 napos diéta. Ezek közül csak néhányat említenék:

Testkontroll: Harvey és Marilyn Diamond nevéhez fűződik. Elve: a szervezet napszakok szerint egymástól elkülönült időszakokban működik. Alapja: az ételek társítása. Nagy szénhidrát-tartalmú növényi táplálék nagy fehérjetartalmú állati táplálékkal nem fogyasztható egyszerre, mivel nem emésztődnek meg, ezáltal a gyomorsavat semlegesítve rothadásnak indulnak. Húsfélék és tésztafélék külön-külön fogyaszthatók zöldségekkel együtt.

Elválasztó diéták (90 napos diéta): Hasonlóak a testkontroll-diétához bizonyos szempontból. Az ételeket 3 csoportba sorolja. Mivel az egyes csoportok nem fogyaszthatóak együtt, így bizonyos tápanyagok nem hasznosulnak. 4 típusú nap (fehérje-, keményítő-, szénhidrát-, gyümölcsnap) váltja egymást 90 napon át. A napok nem cserélhetők fel. Havonta 1x víznapot kell beiktatni a gyümölcsnap után. A diéta lényege, hogy a gyomorba mindig csak egyfajta étel kerüljön, így könnyen le tudja bontani a szervezet és könnyebb az emésztése. A négyóránkénti étkezés betartását írja elő.

Norbi Update: Bármit szabad enni, csak az étkezés ideje nem mindegy. A különböző ételek, élelmiszerek fogyasztását napszakhoz köti. Az étkezési ritmusnak őseink

táplálkozásához kellene igazodnia, mely alapján a szénhidrátban gazdag ételek csak délelőtt, a fehérjeforrások egész nap fogyaszthatók. A napszakokat kódok jelölik, és ezek alapján csoportosítja az ételeket.

- Az 1-es kódszámmal ellátott ételeket, élelmiszereket reggel 6-tól este 10-ig,
- a 2-es kódúakat (pl. teljes kiőrlésű péksütemények) reggel 6-tól délután 3 óráig,
- a 3-as kódúakat (pl. cukrozott gyümölcslevek, fehér kenyér, banán, méz) csak délig engedélyezi.

Zárszó: Mindenképpen ajánlott szakember segítségét kérni, mert csak egy jól összeállított, egyéni adottságokat figyelembe vevő, hosszú távú, kiegyensúlyozott étrenddel tudunk tartós eredményeket elérni.

Felhasznált irodalom

1. Ágoston H. (2004): Az Atkins-diétáról a dietetikus szemszögéből. Újdiéta, 2: 10–11.
2. Sajtos J. (2002): Divatdiéták: Testkontroll-diéta a szakember szemével. Tények és „hiedelmek”. Újdiéta, 1: 7–10.
3. Veresné Bálint Márta: Gyakorlati Dietetika. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2006.
4. Maxima: Nagy Fogyikönyv. Illia 8T. Co. Kiadó, 2005.
<http://books.google.hu/books?id=QYStAQAAQBAJ&pg=PT8&lpg=PT8&dq=Maxima:+Nagy+Fogyik%C3%B6nyv&source=bl&ots=IXcE3AwOh2&sig=T6xjotD74cLw3mh1VUx9MYID0g&hl=hu&sa=X&ei=eoQQVPPSGZPnaK2PgMAD&ved=0CCoQ6AEwAg#v=onepage&q=Maxima%3A%20Nagy%20Fogyik%C3%B6nyv&f=false>
Elérés ideje: 2014.09.08.
5. www.dieta-abc.hu Elérés ideje: 2014.09.08.

Lehóczki Bettina: Alternatív táplálkozási formák

Lehóczki Bettina, dietetikus, Semmelweis Tudományegyetem Egészségügyi Kar

Az alternatív táplálkozások legfőbb **okai** lehetnek: elvi, filozófiai okok; egészségesebb életmódra való törekvés; orvostudomány iránti bizalmatlanság; vallási okok; fogyókúra.

Évezredek óta léteznek, többnyire feltűnő, hangzatos címszavak, ígéretek jellemzik. Mindig új köntösbe öltöztetve, de sokszor ugyanazon alapelv szerint működnek. Csodát várnak tőlük, de gyakran csalódást okoznak követőiknek, mert nem váltják be a hozzájuk fűzött reményeket. A legtöbb esetben nincs tudományos alapjuk.

A továbbiakban az alternatív táplálkozási formák **legismertebb ágazatairól** lesz szó.

A **vegetarianizmus** minden irányzatára igaz, hogy bizonyos mértékben elutasítja az állati eredetű élelmiszereket. A szemi-vegetáriánus étrendnek több formája létezik. Kellő körültekintéssel összeállítva ezek lehetnek egészségesek:

- Lakto-vegetáriánus: tejet és tejtermékeket fogyasztanak
- Lakto-ovo-vegetáriánus: tej, tejtermék és tojás is fogyasztható
- Ovo-vegetáriánus: tojás megengedett
- Piszko-vegetáriánusok: halat engedni

- Pollo-vegetáriánus: csirkét lehet fogyasztani

Szigorúbb formája a **vegán**, ahol kizárólag növényi eredetű élelmiszerek fogyasztása engedett, állati nem. Nagyon szigorú, még zselatint és tejpport sem enged fogyasztani, állati eredetű ruhadarabokat sem hordhatnak (pl. bőrcipő).

Makrobiotikus étrend: a távol-keleti vallások szerint minden étel jin és jang kategóriába tartozik, melyek kiegészítik egymást. Európában a japán zen makrobiotikát vették át. Az eltérő életmód miatt Magyarországon nehéz ezeket adaptálni (pl. szója, alga). Eredetileg mindent teljesen nyersen ettek, manapság főként főtt, ill. párolt formában fogyasztják az élelmiszert. Ajánlott élelmiszerek: bio eredetű zöldségek, gyümölcsök, hüvelyesek, olajos magvak, teljes értékű gabonafélék: barna rizs, búza, rozs, árpa, zab, köles, kukorica, hajdina (de egyik sem finomítva). Megengedett élelmiszerek: főként fehérhúsú halak, esetleg szárnyasok, szója és szójatermékek (pl tofu), gomba, alga. Nem ajánlott élelmiszerek: tej és tejtermékek, üdítők, finomított lisztből készült termékek, cukor, csokoládé, alkohol, kávé, erős fűszerek, vegyi anyagot, ill. tartósítószeret tartalmazó ételek, távoli országokból importált élelmiszerek. Befolyásoló tényezők: szezon, éghajlat, ember tevékenysége, nem, kor, egészségi állapot. Természetgyógyászok előszeretettel ajánlják, méregtelenítés céljából rövid ideig, maximum 6 hónapig.

Az **antropozóf (emberkedvelő) étrend** két élelmiszertípust különböztet meg:

- **Élő** (friss)
- **Halott** (iparilag feldolgozott) élelmiszercsoport

Sok formájuk létezik, általában megalkotójukról nevezik el őket. Az étrend gerincét a gabonafélék, gyümölcsök, zöldségek adják. Törekszik az élelmiszereket megőrizni eredeti állapotukban. Az iparilag előállított termékek fogyasztása tilos.

A **bio és reformtáplálkozásnak** különböző fokozatai léteznek. Előnye, hogy a vegyszereket, tartósítószereket, adalékanyagokat, antibiotikum-származékokat kerüljük az élelmiszerekben. Megfelelő életmód is társul hozzá, nem dohányoznak, nem fogyasztanak alkoholt, kávé, általában az átlagnépességnél többet mozognak. Hátránya, hogy drága. A tévhitel szemben nem feltétlenül vegetáriánus.

Paleolit táplálkozás: manapság nagyon divatos. Az ősemberhez hasonlóan, a mezőgazdaság megjelenése előtti idők táplálkozási szokásait követik. Főleg halat, zsírszegény húsokat, zöldségeket, gyümölcsöket, gyökereket és diót tartalmaz. Kizárják az olyan ételeket, mint a gabonafélék, a hüvelyesek, a tejtermékek, a só, a finomított cukor és a feldolgozott élelmiszerek. Kevésbé szigorú változata lehet egészséges.

A **vércsoportdiéta** népszerű diéta napjainkban. Dr. Peter D'Adamo szerint vércsoportunk határozza meg, hogy melyek azok az élelmiszerek, amelyek jó, s melyek azok, amelyek rossz hatással vannak szervezetünkre. E szerint az elmélet szerint, jobb a tápanyag-felhasználásunk, közérzetünk javul, bizonyos betegségek elkerülhetőek, ha ennek megfelelően táplálkozunk.

Az élelmiszerek 3 csoportra vannak osztva:

- Ajánlott élelmiszerek, amelyek akár orvosságként is viselkedhetnek a szervezetben.
- Semleges, tápláló, de nem gyógyhatású élelmiszerek.

- Kerülendő élelmiszerek, amelyek kifejezetten rossz hatással vannak az adott vércsoportú szervezetre.

Vércsoport szerint 4 *különböző* csoportot különböztet meg: 0 vércsoport (vadászó), A vércsoport (földművelő), B vércsoport (kiegyensúlyozott), AB vércsoport (modern).

Lúgosító étrend: célja a szervezet kémia egyensúlyának helyreállítása, pufferoló rendszer tehermentesítése, ill. a fogyás. Lényege: több lúgosító, kevesebb savasító étel fogyasztása. Jellemző a lúgosítást segítő táplálék-kiegészítők szedése. Sok folyadék, 15 kg/1 liter tiszta vagy lúgos víz, kedvezőbb összetételű zsírok fogyasztása. Fontos a rendszeres testmozgás.

Legjellemzőbb savasító ételek: hús, kávé, tea, kóla, bor, szénsavas italok, cukor és finomlisztből készült ételek, bizonyos tejtermékek, sajt és sózott, tartósított felvágottak.

Lúgosító ételek: zöldségek (bármely zöldség), tökmag, mandula, citrom, grapefruit, meggy, kókusz, szója, gabonafélék közül a hajdina, köles és tönkölybúza, hagyma, fokhagyma, piros paprika, cayenne bors, gyömbér, búzafülé (magas antioxidáns tartalom, rákmegelőzésben is ajánlják).

Az alternatív irányzatok összehasonlítása és lehetséges következményeik

A szervezetre gyakorolt határuk alapján lehetnek:

- elfogadható, nem káros;
- kedvezőtlen, negatív hatásai lehetnek;
- értelmetlen, nem bizonyított jótékony hatása.

Sok esetben nincs tudományos alapja, hiányállapotok kialakulásához vezethetnek, gyermekek esetében nem megfelelő fejlődést eredményezhetnek. Egyes irányzataiknak megfelelően alkalmazva lehetnek pozitív hatásai. Lehetséges előnyök: A hazai táplálkozási szokásokhoz képest kevesebb zsír, szénhidrát, több rost, vitamin, ásványi anyag, viszont mérsékeltebb adalékanyag-fogyasztás. Megfelelő mennyiségű, minőségű fehérjebevitel. Pozitív hatása lehet a testsúlyra, laborértékekre, szív- és érrendszerre, ízületekre, emésztőrendszerre. Lehetséges hiányállapotok: kalcium, D-vitamin, vas, B12-vitamin, magnézium, fehérjék.

Ha valaki mégis ilyen étrendet választ, érdemes rendszeresen laborvizsgálatokat végeztetni.

Sok felesleges erőfeszítés helyett célravezetőbb lenne egy változatos, kiegyensúlyozott, egészséges étrendet folytatni, ami tudományosan meghatározott mennyiségű és minőségű tápanyagot tartalmaz.

Felhasznált irodalom

1. D'Adamo P.J., Whitney C.: Az ABO terv – Táplálkozzék helyesen, a vércsoportjának megfelelően. CF-Net Kft., Budapest, 1997.
2. Kushi M.: Rákmegelőző és gyógyító diéta. Kossuth Kiadó Zrt., Budapest, 2005.
3. Lichthammer A. (2010): Paleodiéta, avagy mikor táplálkozunk egészségesebben? Új diéta, (3-4): 10–12.
4. Rodler I.: Új tápanyagtáblázat. Medicina Kiadó, Budapest, 2006.
5. Szendi G.: Paleolit táplálkozás. Jaffa Kiadó, Budapest, 2009.

6. Veresné Bálint M.: Gyakorlati dietetika. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2004.
7. Paleo-diéta. Táplálkozási Akadémia Hírlevél. Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2013, 6 (2).
http://www.mdosz.hu/pdf/taplalkozasi_akademia_2013_02_paleo_dieta.pdf Elérés ideje: 2014.09.10.

Sokszínű dietetika – közétkeztetéstől a sporttáplálkozáshig

Benkóné Szenteczki Magdolna: Az egészséges táplálkozás irányelveinek megvalósulása napjaink közétkeztetésében

Benkóné Szenteczki Magdolna dietetikus, SZTE SZAKK Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás

A közétkeztetés feladata energia- és tápanyagtartalomban az élettani igényeknek megfelelő táplálék biztosítása különböző népességcsoportok számára. Közétkeztetés keretében történik a bölcsődék, óvodák, iskolák, idősek otthonainak ellátása.

Közétkeztetést vesznek igénybe különböző korú, fizikai aktivitású, különböző foglalkozású, különböző állapotú felnőttek. A közétkeztetés során a korban, állapotban, fizikai terhelésben különböző népességi csoportok élettani igényeinek kielégítése, ezek összehangolása nem egyszerű feladat az ételmezést szolgáltató számára. A közétkeztetésnek feladata továbbá a különböző népességcsoportok étkezési, táplálkozási szokásainak befolyásolása, étkezési kultúrájának alakítása is!

Közétkeztetési irányelvek, szakmai, jogi szabályozása nem új keletű.

Szakmai irányelvek fogalmazódtak meg:

„A helyes étrend kialakulása azért is fontos, mert hiába tartalmazza valamely étrend a szervezet számára szükséges valamennyi tápanyagot, hasznos csak akkor lesz, ha szívesen és jó étvágyal el is fogyasztják...”

„Új étel tálalása előtt fel kell világosítani és ki kell oktatni a gyermeket arra, hogy milyen ételt kapnak és ez az étel miért hasznos... – amellet, hogy a cukorka és egyéb édesség fogyasztását csökkentjük – az étkezések után almát, sárgarépat, friss karalábét adjunk.”

Az egészségről szóló 1997. évi CLIV. törvény 50.§-a rendelkezik arról, hogy „az élettani szükségletnek megfelelő minőségű és tápértékű étkezést kell biztosítani”, de részletes jogi szabályozása nincs.

A gyermekvédelemről és gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvényben is szabályozásra került a gyermekek életkorának megfelelő étkeztetés biztosítása, de nem részletezi az étkezések számát, jellegét, nem szabályozza a személyi és tárgyi feltételeket, és nem tartalmaz garanciális szabályzókat.

A 80/1999. (XII.29.) GM-EüFVM együttes rendelet a vendéglátás és közétkeztetés keretében történő élelmiszer-előállítás és -forgalmazás feltételeiről is jelentősen érinti a közétkeztetés teljes skáláját.

A 67/2007. (VII.10) GKM-EüM-FVM-SZMM együttes rendelet melléklete rögzíti a vendéglátás keretében történő csoportos étkeztetésre vonatkozó energia- és tápanyagbeviteli, valamint nyersanyag-felhasználási ajánlásokat. Ezek, mivel ajánlások, nem kötelező érvényűek, valamint a 62/2011. (VI.30.) VM rendelet hatálybalépésével a tápanyagbeviteli értékekre vonatkozó előírások megszűntek.

A közétkeztetés, különösen a gyermekétkeztetés – a menza –, hogy táplálkozás-élettani szempontból minőségi legyen, a szolgáltató igényességén múlik, illetve azon, hogy a megrendelő a szolgáltatóval szemben milyen igényeket fogalmaz meg a szerződésben, és miket tud érvényesíteni.

Az ÁNTSZ honlapján 2011 augusztusában tette közzé „*a rendszeres étkezést biztosító, szervezett ételmezési ellátásra vonatkozó táplálkozás-egészségügyi ajánlás*” -át közétkeztetők számára, melynek szakmai és társadalmi vitája, jogi kereteinek kialakítása folyamatban van. Az ajánlás a társadalom széles rétegét érinti, ezért ezek ismerete különös fontossággal bír, még a törvényi szabályozás előkészítésének szakaszában. Széleskörűen próbálja szabályozni a közétkeztetést táplálkozás-élettani szempontból, valamint a személyi és tárgyi feltételek oldaláról. Az utóbbiak meghaladják az előadás kereteit, ezért csak az egészséges táplálkozás irányelveinek érvényesítése érdekében tett ajánlásokkal foglalkoznék.

Nyersanyag-kiszabás,étrendtervezés

A szolgáltató köteles nyersanyag-kiszabati ívet vezetni az igénybevevők életkora és száma alapján meghatározott adagszámban, mely tartalmazza a tisztított nyersanyagok tételes, mennyiségi felsorolását. A szolgáltatónak korcsoportonkénti receptúrával kell rendelkeznie! Az étlapokon, étrendekben csak a korcsoportnak megfelelő jellegű ételek szerepelhetnek, csípős, erős fűszerezésű, irritáló étel 14 év alatt nem adható. Az étlapnak előírás szerinti változatossági mutatóval kell rendelkeznie. Kitér az étkezésenként szükséges állati eredetű fehérjeforrás biztosítására. Szabályozza, hogy az étlapon, a nyersanyag-kiszabáson az élelmiszereket pontos megnevezéssel kell szerepeltetni, a megnevezés az élelmiszer csomagolásán, címkéjén a kísérő dokumentumával egyezőnek kell lennie. Pl. felvágott, sajt, kifli stb. helyett: baromfipárizsi, Óvári sajt, korpás szezámmagos kifli 45 g-os, vagy vajas kifli 34 g-os.

Étkezések száma

Ellátási formától függően rendelkezik az étkezések számáról, az étkezések energia- és tápanyagtartalmáról a napi szükségletek arányában, korcsoportonként. Előírás szerint nemcsak korcsoportonkénti receptúrával kell rendelkezni, hanem az anyagkiszabásoknak is e szerint kell készülniük. A tálalást korcsoportonkénti adagolási útmutató alapján és megfelelő méretű adagoló eszközzel kell végezni.

Tájékoztatás

A közétkeztetőnek a szolgáltatás helyén, jól láthatóan a korcsoportonkénti étlapot ki kell függeszteni. Az étlapokon szerepeltetni kell az étrendek energia- és tápanyagtartalmát, cukor- és sótartalmát, egy adagra vonatkoztatva. Ki kell függeszteni, hogy biztosít-e a szolgáltató

diétás étkezést, amennyiben igen, a diétás étlapokat is köteles külön kifüggeszteni. Jól látható helyen az adagolási útmutatóról is tájékoztatni kell az igénybevevőket.

Biztosítandó élelmiszerek köre

Az étkezések száma és az ellátotti korcsoport függvényében előírásokat tartalmaz a biztosítandó élelmiszerek és élelmiszercsoportok köréről, mennyiségéről.

Pl. háromszori étkezés biztosítása esetén:

- 3dl tej vagy ennek megfelelő tejtermék;
- korcsoportonként szabályozott zsírtartalommal;
- ízesített tejkészítmények további cukrozása tilos;
- tejföl csak ételkészítésre;
- 2 adag gyümölcs vagy zöldség, egy nyersen;
- két adag gabonaalapú élelmiszer, ebből egy teljes kiőrlésű.

Kiemelten foglalkozik a tejtermékekre, sűritésre, zsiradék-felhasználásra, folyadékpótlásra vonatkozó ajánlásokkal. Folyadékpótlásra ivóvíz vagy világosra főzött tea használható. Tíz ételmezési nap átlagában a zsiradékból származó energiabevitel nem lehet több 30E%-nál. Tíz ételmezési nap átlagában, a hozzáadott cukorból származó energiabevitel nem lehet több 8E%-nál. Meghatározza tíz ételmezési napra vonatkoztatva a felhasználható kenőzsiradék, tejszín mennyiségét és minőségét, valamint a bő olajban sült ételek számát. Külön mellékletben foglalja össze az étkezések sótartalmára vonatkozó javaslatot, korcsoportonkénti bontásban. Meghatározza az ajánlás az élelmiszerek felhasználásának mennyiségét és gyakoriságát, tíz ételmezési nap átlagában.

Az ajánlásban a kerülendő élelmiszerek listájára kerültek az ételporok, leveskockák, a só-tartalmazó ételízesítők – ha önálló étel készül belőle –, a 30% feletti zsírtartalmú húsok (csülök, dagadó, oldalas), 20% feletti zsírtartalmú húskészítmények (májás, kolbász, szalámi), szénsavas vagy cukrozott üdítő, szörp, 50% alatti gyümölcstartalmú gyümölcsle, sertés- és baromfiszír, magas zsírtartalmú tejföl. Önálló ételként adott édesség, kivéve a magas gyümölcs- és tejtartalmú változatokat. Nem használhatóak alkoholos élelmiszerek, ételek. Nem használható 6 éves kor alatt mesterséges édesítőszer, kivéve ha a gyermek betegsége ezt indokolja.

Mint látható, az ajánlás, ami ma már egy jogszabálytervezet részét képezi, törekvéseket tartalmaz az egészséges táplálkozás irányelveinek érvényesítésére. Kiemelt célpontja a gyermekétkeztetés javítása, a jövő generáció egészségének a védelme. Kérdés még, hogy a jogszabályban ezek az ajánlások milyen hangsúlyt kapnak, milyen garanciákat sikerül beépíteni, milyen elfogadottságot nyer a közétkeztetést szolgáltatók körében, nem utolsósorban hogyan támogatja ezt az ipar és a kereskedelem.

Felhasznált irodalom

1. Bíró Gy., Lindner K.: Tápanyagtáblázat. Medicina Kiadó, Budapest, 1999.
2. Rodler I.: Új Tápanyagtáblázat. Medicina Kiadó, Budapest, 2005.
3. https://www.antsz.hu/data/cms30236/szervezett_elelmezési_ellatasra_vonatkozó_tapla_lkozas_egeszsegugyi_ajanlas_kozetkeztetoknek_20110805.pdf Elérés ideje: 2014.01.15.

Tápainé Szabó Anikó: Coeliakia kezelése – Gluténmentes étrend

Tápainé Szabó Anikó dietetikus, Suli-Host kft.

A coeliakia definíciója: „*Genetikailag meghatározott, felszívódási zavarral, abnormális bélbolyhoszerkezettel és a gabonafélékben található glutén ellen termelődő antitestekkel jellemezhető betegség.*”

Autoimmun betegség. A szervezet saját bélbolyhait pusztítja, önmaga ellen termel ellenanyagot. Az ellenanyag hatására boholyatrófia alakul ki a vékonybél proximális szakaszán, rögtön a gyomor után. Ez elégtelen emésztéshez és elégtelen felszívódáshoz vezet. Ezáltal jellegzetes és általános klinikai és laboratóriumi tünetek alakulnak ki. A szövettani képre jellemzőek a megnyúlt kripták és a bolyhok szubtotális vagy teljes atrófiája. A felszíni sejtek lelapultak, a mikrobolyhok rövidek és összeolvadnak.

A betegség tünetei változatosak, gyermekkorban figyelmeztető jel lehet a lassú fejlődés, vitamin- és vashiány, hasmenés, zsírfényű széklet. Felnőttkorban előfordul vashiány, hasmenés, testszerte herpeszszerű bőrléleség. Az ilyen gyermek feltűnően érdektelenné válik, és kóros soványságával, nagy pocakjával szinte az afrikai éhezőkre hasonlít. Felnőttkorban is egyre gyakoribb ez a betegség.

A felszívódási zavarból adódó másodlagos tünetek a következő betegségeket okozhatják: anémia, vérzékenység, osteoporózis, hipokalcémiás tetánia, hipoproteinémiás ödéma, malnutrició, laktózintolerancia, alacsony vérnyomás és testhőmérséklet, fertőzésekkel szembeni ellenállás csökken.

A betegség oka genetikai, de a betegséget GLUTÉN fogyasztása tartja fent. A gabonában található fehérje összetevője a prolamin, ami károsítja a vékonybél nyálkahártyát.

A glutén megtalálható gabonafélékben, ezek közül a búzában, árpában, rozsban (és az ezek által szennyezett zabban, mert ugyanabban a malomban őrlik ezeket a gabonákat). A „tisztá zab” fogyasztható.

TERÁPIA KIZÁRÓLAGOSAN A DIÉTA EGÉSZ ÉLETEN ÁT!

DIETOTERÁPIA a terápia egyetlen és legfontosabb része, a szigorú gluténmentes diéta. GLUTÉNMENTESSÉG-et kell elérni az élelmiszer-választás terén. Két fajtáját különböztetjük meg, *Glutént nem tartalmazó*, de nem speciális gluténmentes diétára szánt élelmiszer (a lehetséges szennyezést fel kell tüntetni) és a *speciális táplálkozási célú gluténmentes élelmiszer*. A legfontosabb a glutén kiiktatása az étrendből. Ide tartozik a búza, árpa, rozs, zab mellett a durumbúza, tönkölybúza, kamut, tritikálé, kusz-kusz és az ezeket akár nyomokban is tartalmazó ételek, élelmiszerek kihagyása. A diagnózis után, ha kimutatnak laktózintoleranciát, akkor a diéta kiegészül laktózzzegény étrenddel, Fe, folsav, ADEK vitaminok, Ca-kiegészítés és gyakori egyéb intolerancia vagy allergia diétájával.

A dietoterápia célja a klinikai tünetek megszüntetése, a nyálkahártyabolyhok regenerációjának elősegítése, a felszívó funkciók normalizálása, a másodlagos hiányállapotok kezelése, a rosszindulatú elváltozások kialakulásának megelőzése. Diéta bevezetése után többségében a szigorú diéta elkezdése után hamarosan gyors javulás figyelhető meg. A széklet száma, mennyisége csökken, az étvágy visszatér, hangulatjavulás, mozgékonyabb, súlygyarapodás következik be, legtovább a haspuffadás marad meg.

A lisztérzékenységekben szenvedőknek szánt élelmiszerek, amelyek búzát, rozst, árpát, zabot tartalmaznak, vagy ezek változatainak összetevőiből állnak, nem tartalmazhatnak 20 mg/kg mennyiséget meghaladó glutént a végső fogyasztó számára értékesített élelmiszerben, ekkor a „gluténmentes” megnevezés a használatos. A „rendkívül kis gluténtartalmú” megnevezés akkor használható, ha 20 mg/kg és 100 mg/kg közötti a gluténtartalom. Lisztérzékenyek fogyaszthatnak speciális, számukra előállított gluténmentes termékeket, és a Magyar Táplálékallergia és Táplálékintolerancia Adatbank, valamint az élelmiszeripari cégek honlapjáról és dietetikustól származó információk alapján válogathatnak a hagyományos élelmiszerek köréből. *A gluténmentes élelmiszerek köre évente változik, így a termékekről kiadott listák folyamatos ellenőrzést, utánajárást igényelnek!*

Fogyasztható: amaránt, burgonya, guarmag, hajdina, köles, kukorica, sárgaborsó, rizs, szója, tápióka, szezám, tökmag, napraforgó, szentjánoskenyér alapú lisztek, illetve ezek felhasználásával készült élelmiszerek, a gluténmentes kenyérporkból, süteményporkból készült kenyerek és egyéb ételek, müzlik, ha semmilyen gluténtartalmú összetevőt nem tartalmaznak, és a gyártás/elkészítés során sem szennyeződnek. A diétázás során elkövetett leggyakoribb hibák lehetnek szándékosak, ezek kamaszokban a leggyakoribbak, és lehet nem tudatos, a nem megfelelő diéta tudása miatt. Ilyen lehet, hogy a diétás élelmiszerek drágák, beszerzésük a kisebb településeken, kisvárosokban még mindig nehézkes. Az általános kereskedelemben, vendéglátóiparban dolgozók nem sokat tudnak a betegségről, így gyakran segíteni sem tudnak.

Hiba történhet tárolás vagy ételkészítés során, pl. ugyanazon a polcon/szekrényben a gluténmentes lisztet a normál lisztek mellett tárolják, vagy ugyanazon a gyúródeszkán készül a gluténmentes kenyér vagy sütemény, melyen előzőleg búzalisztből készített pogácsa volt gyúrva, illetve ugyanazon a vágódeszkán/szeletelőgéppel szeletelik a normál és gluténmentes felvágottat, illetve kenyeret. Ételkészítésénél használt fakanál a normál étel főzésénél is használva van, vagy ugyanabban a sütőzsiradékban készül a normál és a diétás étel. Tálalás során a külön elkészített ételeket (főzeléket) ugyanazzal a tálalóeszközzel, merőkanállal tálalják, nem megfelelően elmosogatott edényeket használnak, vagy utószennyeződés (mosogatószivacs, konyharuha) fordul elő. Tálalószalagoknál nem megfelelő az elkülönítés.

A gluténmentes élelmiszereket a hagyományos élelmiszerek előállításától térben, időben el kell különíteni, jelölt edényzet használata szükséges.

Vitamin- és rosthiány alakulhat ki a nem megfelelő felszívódás és táplálkozás miatt. A kórkép lefolyását a diéta nagymértékben befolyásolja, de a kezdeti, ill. a nehezebb időszakokban komplex vitaminkészítmény szedése javasolt. A vitaminokat a főétkezések alkalmával vigyük be a szervezetbe, mert ilyenkor a legtokéletesebb a felszívódás.

Annak ellenére, hogy a lisztérzékenységekben szenvedő betegek szervezete nem képes lebontani a glutént, nekik sem kell lemondaniuk a teljes kiőrlésű gabonafélék fogyasztásának előnyeiről, mivel számos gluténmentes gabona létezik, ilyen például *az amaránt, a hajdina, a kukorica, a köles, a barna rizs, a cirok, a teff, a vadrizs és a „tisztá zab”*. Még nagyobb jelentősége van a diétában a zöldség, hüvelyesek és gyümölcs fogyasztásának.

A közétkeztetés is segíti a diétára szorulókat. Az orvosilag előírt diétás étkeztetést kötelezően biztosítani kell!

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 50. §-ának (3) bekezdése előírja, hogy *„A közétkeztetésben – különös tekintettel az egészségügyi, szociális és gyermekintézményekben nyújtott közétkeztetésre – az élettani szükségletnek megfelelő minőségű és tápértékű étkezést kell biztosítani.”*

Az évtizedeken át folytatott diétázásnak nincs kóros állapotokat okozó következménye, kellő odafigyeléssel az egészséges táplálkozás alapelvei is megvalósíthatók általa. Fontos a megfelelő alapanyag-választás; a megfelelő tárolás, ételkészítés; a gondosan összeállított étrend; a vitaminok, ásványi anyagok és rostbevitel biztosítása.

Felhasznált irodalom

1. Czirják L.: Klinikai immunológia. In: Sütő G.: A gyomor-bél rendszer kórképeinek immunológiája. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006. p. 318–341.
2. Koltai T. (2010): Zabbal az egészségért? Gluténmentesen, Lisztérzékenyek Érdekképviselőinek Országos Egyesülete Hivatalos lapja, 14 (1):18–19.
3. Lada Sz.: Coeliakia, veszélyforrások a lisztérzékeny gyermekek étrendjének összeállításában 2012.09.07.
4. Némedi E.: Molekuláris biológiai módszerek fejlesztése gluténmentesség ellenőrzése. Doktori értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Központi Élelmiszer-tudományi Kutatóintézet, 2009.
5. Pálfi E.: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Dietetikai Tanszék előadásanyag
6. Rigó J.: A korszerű és kiegyensúlyozott táplálkozás. Sub Rosa Kiadó, 1996.
7. Rodler I.: Új tápanyagtáblázat. Medicina Kiadó, Budapest, 2005.
8. T. Fodor Zs.: Lisztérzékenyek, tejcukorérzékenyek könyve. Alimenta Kiadó, 1996.
9. Veresné Bálint M.: Gyakorlati dietetika tankönyv. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2004.
10. A rendszeres étkezést biztosító, szervezett ételmezési ellátásra vonatkozó táplálkozás-egészségügyi ajánlás közétkeztetők számára. <http://www.oeti.hu/?m1id=5&m2id=94>
Elérés ideje: 2014.01.15.

Lada Szilvia: Génmódosított élelmiszerek

Lada Szilvia dietetikus, okleveles táplálkozástudományi szakember, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás Dietetikai Szolgálat

A génmódosításról és a génmódosított élelmiszerekről egyre többet lehet olvasni és hallani, mivel már hozzávetőlegesen tíz éve természetnek génmódosított növényeket. Napjainkban előtérbe kerültek a génmódosított élelmiszerekről szóló – sok esetben valótlan és pontatlan – híresztelések. Ezen élelmiszerek fogyasztása nagymértékben megosztja a közvéleményt, és a tudósok körében is heves vitákat vált ki. Vajon valóban veszélyt jelentenek egészségünkre vagy csak az ismeretlen technológiától félünk?

Ismerkedjünk meg először is az alapvető fogalmakkal:

A Genetikailag Módosított Organizmus (GMO) olyan organizmus, amelynek a genetikai anyaga nem természetes úton, azaz nem párosodással és/vagy természetes rekombinációval változott meg.

A rekombináns DNS technológia vagy génebesztet alkalmazása esetén egyedileg kiválasztott gént vagy géneket visznek át egyik organizmusból a másikba, alkalmanként nem rokon fajok között.

A biotechnológia olyan folyamat, melyben élő organizmusokat (baktérium, gomba, ill. szövettenyészetek) vagy termékeiket (enzimeket, antibiotikumokat...) használnak fel ipari termelési célra. A kifejezés megalkotása a magyar Ereky Károly nevéhez fűződik (1918). A molekuláris klónozás módszerének kidolgozása 1972-ben történt és 1983-ban az első biotechnológiai cég is megalakult.

A biotechnológia 4 csoportra osztható, és ezt külön színekkel is jelölik:

- Vörös biotechnológia: orvosi/gyógyászati célra
- Fehér vagy szürke biotechnológia: ipari termelésben
- Zöld biotechnológia: mezőgazdasági termelésben
- Kék biotechnológia: tengeri és vízgazdálkodási célra

A Génmódosított Mikroorganizmusok alkalmazása biotechnológiai célra történhet zárt és nyitott rendszerben is. Zárt rendszerben a GMM-ek környezetbe való kijutásának megakadályozását biztonságos fermentokkal érik el. A keletkező mellékterméket és hulladékot ártalmatlanítani kell (EN-ISO szabvány).

Nyitott rendszerben a hagyományos fermentorokban, élelmiszeripari fermentációkban, takarmányokban, környezetben alkalmazzák. Típusonként és országonként (EU) eltérő szabályozás van érvényben.

A GMM-ek gyakorlati alkalmazásukat tekintve sokrétűek.

- Mikrobás fermentációk esetében egy enzimtermelés új gazdasejtben, ilyen például a rekombináns kimozin, mely a sajtgyártáshoz használt kimozinnak a kb. 80%-át adja. Vagy az erjedésiipari géntechnológiailag módosított élesztőtörzsek előállítás.
- Vírusellenes vakcinák termelése: a vírus köpenyfehérjét kódoló gén klónozása, antigén termeltetés baktériummal vagy élesztőgombával (pl. kanyaró, veszettség).
- Emlős proteinek termelése – vérfehérjék termeltetése (véralvadást elősegítő faktorok); emberi hormonok termelése (sárgatest-stimuláló hormon, inzulin); immunitást növelő fehérjék termelése (interferonok, tumor nekrozis faktorok).
- Környezeti biotechnológiában való felhasználás – klónozott növényvédő szerek; halogénezett aromás vegyületek.
- A transzgenikus mikroorganizmusok (GMM) élelmiszeripari alkalmazását tekintve használják starterkultúráként (sajt, joghurt, bor, kenyér és hús esetében, de jelenleg még az európai piacon nincs jelen), illetve fermentációkban a GMM-mel termelt enzimeket, színezékeket, szerves savakat. Élelmiszereknél már alkalmazzák, de ha mennyiségük nem éri el a késztermékben a 0,9%-ot, nem kell jelölni!

GM növények

Első generációs GM növények:

Előnyök a termesztésben mutatkoznak meg. A biotikus rezisztencia növelése következtében a növények ellenállnak egyes kártevőknek és kórokozóknak, melyek növények, amelyek egyébként jelentős károkat okozhatnak, és hagyományos módszerekkel nehéz az ellenük való védekezés. Az abiotikus rezisztencia növelése terén a szélsőséges termőhelyi viszonyok között is biztonsággal termesztethők (pl. só- és szárazságtűrő növények).

Második generációs GM növények:

Az anyagcsere befolyásolásával a táplálkozási értékeket vagy az eltarthatóságot javítják. Ilyen táplálkozási előny például az egészségesebb zsír- vagy olajtartalom (*telítetlen zsírsavtartalom növelése*), a magasabb *proteintartalom* (pl. burgonya), az előnyösebb *aminosavösszetétel* a fehérjékben (lizin- és metionin- tartalom növelése), az *antioxidáns-tartalom* növelése, a *vitamintartalom* növelése és a *funkcionális élelmiszerként* való alkalmazásuk (pl. probiotikumok). Termesztésbe vont vagy szabadföldi kísérleti stádiumban lévő második generációs növényi GMO például az alacsonyabb nitráttartalmú spenót és saláta, vagy a magasabb aminosavtartalmú szója is.

Harmadik generációs GM növények:

A GM növényeket speciális molekulák, anyagcseretermékek, enzimek, gyógyászati fehérjék előállítására használják. A GM rizs esetében a β -karotin szintetizálása a magban, vagy a vakcinát expresszáló növények (ehető vakcinák), vagy a növény mint bioreaktor heterológ proteineket termel.

Fontos megemlíteni a fogyasztói magatartást a GM élelmiszerekkel kapcsolatban. Az európaiak többsége (57%) pozitívan ítéli meg, de vannak, akik (20%) nem tudnak véleményt alkotni a géntechnológiáról. Általánosságban a GM mezőgazdasági termékek esetében 1 támogatóra 2-3 ellenző jut. Meg kell említeni továbbá, hogy a fogyasztók 18%-a nem hallott még semmit a GM növényekről, de ezzel szemben a fogyasztók 50%-a célzottan keresi az információt. Általánosságban elmondható, hogy sokkal jobban félnek az ismeretlen eredetű anyagoktól, vagy talán a tudományba vetett bizalom hiányzik a fogyasztókból?

Összességében elmondható, hogy még bizonytalan, milyen hosszú távú hatásai vannak a természetbe kikerülve, milyen hatásai vannak/lesznek az emberi szervezetre nézve, és felmerülő kérdés, hogy szabályozhatóak lesznek-e ezek a hatások. A kockázatokért cserébe viszont társadalmi haszon kapható, ha arra gondolunk, hogy lehetséges a növényvédő szerek csökkentése, megoldást jelenthet az éhezõ, szegény országoknak az élelmiszer-ellátás, illetve a növekvõ népesség élelmezésére is.

A döntés mindig az érintett állampolgáré! A tájékoztatás felelõssége a tudós szakembereké!

A GM élelmiszerek biztonsági kérdései:

„Nem biztonságos élelmiszer” a 178/2002/EK rendelet szerint – Az élelmiszer akkor nem biztonságos, ha az egészségre ártalmas, emberi fogyasztásra nem alkalmas. Nem biztonságos élelmiszer nem helyezhető el a piacon!

A géntechnológiával módosított termékek jelölése és nyomon követhetősége aktuális élelmiszerbiztonsági téma napjainkban. Erre a legfontosabb jogszabályok is felhívják a

figyelmet, mint az 1829/2003/EK és a 1830/2003/EK rendelet, melyek a géntechnológiával módosított élelmiszerekről és takarmányokról, a nyomon követhetőségről és a címkézésről adnak tájékoztatást. 2010. július 13-án a 2001/18/EK irányelv módosításáról (26/a cikk) – közösségi szinten lévő GMO köztermesztés engedélyezését tagállami döntéskörbe helyezi, ezáltal minden ország maga dönthet!

A 2012. évi LXXIV. törvény a géntechnológiai tevékenységről szóló 1998. évi XXVII. törvény módosításáról szól, melyben a Btk. hatálya alá kerültek azok a cselekmények, amelyek veszélyeztetik Magyarország GMO mentességét, hagyományos és ökológiai termékek védelme, a kísérletezést is szigorították, jobban ellenőrzik a hazánkon átszállított, génkezelt terméket, és az új szabályozás kötelezi a gyártókat arra is, hogy a hatásvizsgálatokhoz mintát adjanak.

Következtetés:

Mivel a kutatások még nem igazolták egyértelműen a GM termékek „ártalmasságát”, sem az „ártalmatlanságát”, elvárt és elengedhetetlen követelmény a jelölés és a nyomon követhetőség. A piaci szereplők, elsősorban a fogyasztók számára egészségügyi, etikai és gazdasági szempontból is biztosítani kell a választási jogot és lehetőséget a hagyományos és GM termékek között.

Felhasznált irodalom

1. Biacs P.: Géntechnológiával módosított termékek jelölése, nyomonkövethetősége. Magyar Élelmiszerbiztonsági Hivatal, Budapest, 2012.
2. Dlauch D.: GMO-k kimutatása, kvantifikálása és azonosítása. Budapesti Corvinus Egyetem, előadás, 2012.
3. Hiripi L.: Állati GMO-k. Budapesti Corvinus Egyetem Élelmiszertudományi Kar, előadás, 2012.
4. Kasza Gy.: Biotechnológiai innovációk a felhasználók szemével. Budapesti Corvinus Egyetem, Élelmiszertudományi Kar, előadás, 2012.
5. Kasza Gy.: A genetikailag módosított élelmiszerek és más biotechnológiai innovációk etikai megítélése. Élelmiszeripari Gazdasági Tanszék, előadás, 2011.
6. Maczák B.: GMO jogi szabályozása, előadás, 2012.
7. Maráz A.: A GM élelmiszerek biztonsági kérdései. Budapesti Corvinus Egyetem, Élelmiszertudományi Kar, előadás, 2012.
8. Maráz A.: Transzgénikus (GM) növények. Budapesti Corvinus Egyetem, Élelmiszertudományi Kar, előadás, 2012.
9. Maráz A.: Genetikailag módosított mikroorganizmusok előállítása és biotechnológiai alkalmazása. Budapesti Corvinus Egyetem, Élelmiszertudományi Kar, előadás, 2012.

Tóthné Restár Tünde: Az elhízás – túlsúly a dietetikus szemével

Tóthné Restár Tünde dietetikus, Szegedi Tudományegyetem Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóság

Az elhízás olyan anyagcserezavar, mely genetikai, idegrendszeri, endokrin vagy környezeti hatásokra alakul ki. Ilyenkor a táplálékkal felvett és a különböző módon leadott energia egyensúlya felborul.

Leggyakoribb **oka** a helytelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód! Fontos megjegyezni azt, hogy az elhízás nemcsak esztétikai probléma! A WHO betegségnek nyilvánította, amely a táplálkozással összefügg, kezelésében a diétának alapvetően fontos szerepe van. Az elhízás számos betegség kialakulásában szerepet játszik: szív-érrendszeri betegségek, anyagcsere-betegségek, ízületi betegségek.

Fogyókúrát csak megfelelő indikáció alapján szabad elkezdeni! A felesleges és helytelenül végzett fogyókúra egészségkárosító hatása legalább olyan mértékű lehet, mint magáé az elhízásé. A fogyókúrához kérje szakemberek segítségét (orvos, dietetikus, gyógytornász)!

Elhízás esetén az **étrendi kezelés** magában foglalja a kívánt testsúly elérését és megtartását, a megfelelő táplálkozási szokások kialakítását, életmódváltást.

Az étrendi kezelés főbb szempontjai:

Meg kell határozni az elhízás mértékét és az egyén alapanyagcseréjét. A súlyhatárokat a pl. a testtömegindexszel (BMI) is meghatározhatjuk. A kapott érték a tápláltsági állapotunkat mutatja meg. Az index hátránya, hogy nem tesz különbséget a zsír-, az izom-, és a csonttömeg között. Az energiabevitelt mindig egyénre szabottan határozzuk meg.

A csípő-derék méretarány az egyik leggyakrabban alkalmazott mérőszám az elhízás megállapítására és mérésre. A mérőszám a csípő kerületét veti össze a derék kerületével. Ez az arány nőknél 0,7, férfiaknál 0,9.

Az alma típusú elhízás a hasra lokalizálódik, s ekkor a derék-csípő hányados megnövekszik. A körte típusú elhízás a csípőre, farra és a combokra terjed. Szövődmények szempontjából az alma típusú a veszélyesebb. Az alma típusú elhízás szerepet játszik a magas vérzsír-szintek, magas koleszterinszint, magas vérnyomás, cukorbetegség kialakulásában. A körte típusú elhízás inkább az alsó végtagokat terheli meg, ezáltal szerepet játszik pl. a mozgásszervi és a visszérbetegségek kialakulásában.

Fontos tudni, hogy már 5-10%-os testtömegcsökkenés is jelentős javulást eredményez az egészségi állapotunkban. A testtömegcsökkenést nem szabad siettetni! A fogyás mértéke ne legyen nagyobb heti 0,5-1 kg-nál, így elkerülhető az egészségkárosodás és a visszahízás. A hölgyeket átlagosan 1200-1400 kcal energiataralmú étrenddel, férfiakat pedig 1400-1600 kcal energiataralmú étrenddel szoktuk fogyókúráztatni.

Az étkezési ritmus kialakítására nagy hangsúlyt kell fektetni. A fogyókúrázó egyen naponta legalább ötször, de akár 6x is, lehetőleg azonos időpontokban. Közben ne végezzen semmilyen más tevékenységet (pl. TV-nézés) és hagyjon fel a nassolással! A reggeli a legfontosabb étkezésünk. Azt is nagyon fontos megjegyezni, hogy a reggelink tartalmas legyen,

az tartalmazzon összetett szénhidrátokat, pl. teljes kiőrlésű lisztből készült kenyeret. Ezt kell kiegészíteni sovány felvágottakkal, sovány tejtermékekkel, zöldségekkel. A bő folyadékfogyasztásról sem szabad megfeledkezni, ami lehet víz, szénsavmentes ásványvíz, cukormentes gyümölcslevek. A tízórait mindig csomagoljunk otthonról, és ne a munkahelyi büfében vásároljuk. Az ebéd lehetőség szerint meleg legyen. Az uzsonna lehet akár gyümölcs vagy könnyű tejtermék, a vacsora akár hideg vagy meleg, de lehetőség szerint fehérjében és vitaminokban gazdag és zsírszegény legyen.

Az energiatartalom mellett a zsírbevitelt kell szigorúan korlátozni. Erre többféle lehetőségünk is van. Oda kell figyelni arra, hogy megfelelő nyersanyagokból válogassuk össze az étteleinket, és ezeket megfelelő konyhatechnológiai eljárással készítjük el. Zsírszegénység biztosítására húsknál alkalmazható a főzés, párolás, aromás párolás, grillezés, roston, teflonban, alufóliában, sütőzacskóban, cserépedényben sütés, mikrohullámú sütő használata. Csökkentett mennyiségű zsír felhasználásával, zsírszegény nyersanyagból készítve. Zöldség és főzelékféléket is lehet párolni, főzni nyersen, salátának, párolt zöldségnek, ritkábban habart vagy rántott főzeléknek elkészíteni. A salátára kefires, joghurtos öntetet vagy édesítőszerrel készült ecetes öntetet tegyünk, a habarást kefirrel, joghurttal végezzük. A levesek fokozzák a jóllakottságérzést, de a sűrített levesek helyett készítsünk inkább egyszerű (rántás nélküli) leveseket. A bő zsiradékban sütést, tejfölös habarást, majonézes önteteket ne alkalmazzuk.

Pár szó a fűszerezésről. A fogyókúra étrend nem egyhangú és nem íztelen. A megszokott fűszerek, ízesítők használhatóak, viszont fogyókúra esetében célszerű korlátozni a sóbevitelt, mivel vizet köt meg a szervezetben, és a vérnyomás emelkedését is elősegítheti. A csípős fűszerek fokozhatják az étvágyat, használatuk nem javasolt.

Az energiaszegény étrendbe nem illeszhető bele az alkoholfogyasztás a magas kalóriatartalma miatt. A kávé, tea napi 1-2, illetve 2-4 csésze mennyiségben fogyasztható, amennyiben más betegség miatt nem ellenjavallt. Természetesen fogyasztásukat cukor nélkül, mesterséges édesítőszerrel javasoljuk.

A mozgásnak jelentős szerepe van a súlycsökkenésben, majd a testsúly megtartásában. A fogyókúra első napjától ajánlott a mozgásprogram elkezdése. Fontos megjegyezni, hogy már egy közepes erősségű, de rendszeres testmozgás is célravezető lehet. A mozgás ne legyen számunkra szenvedés. Válasszunk olyan mozgásformát, amit szívesen végzünk, és örömet leljük benne. A testtömegcsökkenés kedvező hatással van a vércukorszintünkre, a koleszterinszintünkre, mindemellett a testi-lelki kiegyensúlyozottságunkra is.

10 dolog, amit az elhízásról tudni érdemes:

1. Az elhízás járványszerű méreteket ölt Európában. Az elmúlt 20 évben az elhízás előfordulása 3x-ra nőtt, így 2010-re 150 millió elhízott felnőtt (a lakosság 20%-a) és 15 millió elhízott gyermek (10%) lett.
2. A túlsúly az európai régió leggyakoribb gyermekbetegsége. Megnövekszik a cukorbetegség, magas vérnyomás, ízületi panaszok, alvászavar, depresszió kockázata. Az elhízott gyermek elhízott felnőtt lesz, ami az életminőség romlásához és az élethossz csökkenéséhez vezet.
3. Az elhízás számos súlyos betegség kialakulásának kockázatát növeli, évente 1 millió halálesetet okoz a régióban.

5. Az európai régió egészségügyi kiadásának kb. 6%-a a kövérségből ered.
6. Az elhízás jó mutatója az egyenlőtlenségnek, gyakoribb a szociálisan hátrányos helyzetűek körében.
7. A modern társadalom és életforma kedvez az elhízás kialakulásának (pl. ülőmunka, késztermékek, gyorséttermek). Megoldás: tudatos táplálkozás és életmód.
8. Élelmiszer-túlkínálat – az ételek könnyen elérhetőek, így az emberek többet esznek. Ezzel szemben a zöldség-, gyümölcsbevitel elégtelen.
9. A felnőtt lakosság 2/3-a nem elég aktív. Napi legalább 30 perces közepes intenzitású mozgás javasolt. Ma Európában a gépkocsival megtett távolságok fele 5 km alatti. A rendszeres mozgás 3-5 évvel növeli a várható élettartamot.
10. Fontos lenne az egészséges választék biztosítása elérhető áron.
11. Fontos, hogy minden szektor (oktatás, egészségügy, közlekedés, ipar, mezőgazdaság, kereskedelem, média) együttműködjön.

Kivonat a WHO elhízásról készített ismeretterjesztő anyagából.

Felhasznált irodalom

1. Bakosné Kopasz Sz., Lada Sz., Czene-Szilágyi G.: Étrendi ajánlások fogyókúrázóknak. Tanácsadó füzet, Szegedi Tudományegyetem.
2. Bíró Gy., Lindler K.: Tápanyagtáblázat. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1995.
3. 10 dolog, amit az elhízásról tudni kell. www.oeti.hu/download.php?fid=367 Elérés ideje: 2014.09.01.

Lada Szilvia: Sporttáplálkozás

Lada Szilvia dietetikus, okleveles táplálkozástudományi szakember, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás Dietetikai Szolgálat

Gyüre Eszter dietetikus, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás Dietetikai Szolgálat

A sport, a fizikai aktivitás nagymértékben meghatározza az életmódot, elsősorban a táplálkozást. Napjainkban fokozatosan és jelentősen javulnak különböző sportágakban a csúcsteljesítmények, rekordok. Előtérbe került a fejlődés egyik fontos tényezője a célszerű, tudatos táplálkozás is.

„Ha tehetséges, motivált és jól edzett sportolók versenyeznek, a győzelem és a vereség közti határmezsgye keskeny. Ha mindenben egyenlők, a táplálkozás tehet különbséget győzelem és kudarc között.” (Maughan R.J., 2002)

Fontos leszögezni, hogy nem minden mozgásforma étrendi ajánlása igényli a sporttáplálkozás megnevezést. Ezek alapján különbséget kell tennünk az alkalmi szabadidős sportokat végzők, a rendszeres, heti többszöri testedzést végzők és a versenysportban résztvevők közt. Az alkalmi sportolók esetében a rekreáció, a kikapcsolódás a lényeg, és ehhez elegendő az egészséges táplálkozás 12 pontja szerint étkezniük. A rendszeres testmozgást végzőknél általában egy fogyókúra vagy egy izomtömeg-növelés a cél, és ebben az esetben

szintén az egészséges táplálkozást kell alapul venni, viszont itt már 1-2 változtatást be kell iktatni. A versenyélsportolókra már kifejezetten a sportdiéta vonatkozik! Itt már nem elegendő az átlagos egészséges táplálkozás, mivel ez már egy speciális étkezési forma. Figyelemmel kell kísérni a rendszeres folyadék- és elektrolit-háztartás karbantartást, fontos a megfelelő időben és formában adott szénhidrátok bevitele, gondoskodni kell a megfelelő vitaminpótlásról és az optimális testösszetétel eléréséről és megtartásáról. Természetesen mindezeket EGYÉNRE szabottan!

A sporttáplálkozás célja a terhelhetőség optimalizálása, a terhelési alkalmazkodás elősegítése, a gyors regeneráció biztosítása, a gyors kifáradás elkerülése és az edzés során keletkezett metabolitok, szabadgyökök közömbösítése.

Víz- és ásványianyag-háztartás:

A folyadékegyensúly felborulása nagymértékben ronthatja a munkavégző teljesítmény kimenetelét. A legalkalmasabb az izotóniás oldat fogyasztása – osmolaritása 280–330 mmol/l közötti –, mivel ez nem von el vizet a sejtektől és nem duzzasztja meg azokat. Tartalmazza az összes ásványi anyagot, mely a verejtékezéssel, légzéssel és a megnövekedett hőtermeléssel kiürül. Például egy gyümölcs-zöldséglé hígítva.

Lényeges szempont, hogy ne legyen szénsavas és ne tartalmazzon vizelethajtó koffeint /200-300 mg felett dopping/ (pl.: 1 adag kávé=50-100 mg, 1 liter kóla=150-200 mg, 1 tábla csoki=20-30 mg)

A felnőtt ember testtömegének 50-60%-a víz (ez 70 kg esetén kb. 42 liter), mely a vérplazmában kb. 3 liter (5%), a szövetek között kb. 8 liter (15%), és a sejten belül kb. 30 liter (35-40%).

Szomjúságérzet akkor alakul ki, ha a folyadékvesztés meghaladja a 2%-ot, vagy ha nagyon sós ételt fogyasztunk. A fizikai terhelés minden órájában kb. 200-250 g glikogén bomlik le, 1 g glikogén lebontása során kb. 3 g víz szabadul fel, amelynek egy része az anyagcsere-folyamatokba kerül vissza. Ezek alapján egy 10-30 perces intenzív sportterhelés esetén a vízvesztés akár 1-2 liter is lehet.

Szénhidrátok szerepe:

A legfontosabb tápanyag a hosszú terhelés alatt. Teljesítményfokozó hatása elsősorban az állóképességi sportágak utolsó harmadában van, mivel a megnövelt, telített glikogénraktárak a verseny alatt jobb teljesítményt eredményeznek. Kezdetben a vércukrot használja fel szervezetünk, majd kb. 40-50 perc után a keringő zsírsavakat és végül a májban, izomban lévő glikogénkészletet mozgósítja. A szénhidrátbevitelnél igen fontos tudni a táplálék glikémiás indexét (GI). Magas GI értéknél nő az inzulinszint → Az inzulinszint gyors emelkedését hirtelen esése követi, amely a vércukorszint olyan mértékű ingadozását váltja ki, ami holtpontra eredményez, és esetleg meg kell szakítani a testmozgást, tehát teljesítményromlás áll elő.

Edzés/verseny előtt: A telített glikogénraktárak esetén az energia kb. 90 percig elegendő, és a 2 óránál tovább tartó verseny előtt 1 g/ttkg szénhidrát felvétele javasolt (közepes GI élelmiszerekből)

Edzés/verseny alatt: A rajt előtti szénhidrátbevitel nem eredményez hipoglikémiát a verseny alatt (szimpatikus hatásra az inzulin szekréció csökken). Az extrém, több órán át tartó

terhelés alatt óránként 40-60 g CH-t tartalmazó könnyen emészthető ételt, italt ajánlott fogyasztani.

Edzés/verseny után: Terhelés után 1 órán belül a legaktívabbak a glikogén-szintetáz enzimek, ezért fontos a mielőbbi szénhidrát-pótlás/visszapótlás. Problémát jelent, hogy a terhelés után nincs, vagy alig van éhségérzet. Maratoni futóknál teljesen kiürült glikogénraktárak feltöltése 4-6 napot is igénybe vesz. A magas GI élelmiszerek javasoltak ekkor fogyasztásra.

Fehérjék szerepe:

A fehérjéket 20 aminosav különböző kombinációja építi fel, ebből 9 esszenciális aminosav. A fehérjék fontosak az izomépítésben, és szükség esetén energiaforrásként is használja őket a szervezet. Az élsportolók fehérjeszükséglete magasabb az átlag szükségletnél. Az állóképességi sportokban szereplők fehérjeigénye naponta 1,2-1,4 g/ttkg-ra tehető, az erő-, ill. rezisztencia tréning alatt 1,6-1,7 g/ttkg. Hasznosulása akkor a legkedvezőbb, ha edzés után a szénhidrát és a fehérje beviteli aránya 4:1.

Zsírok szerepe:

A zsírok bevitelét sem szabad mellőzni. A zsírokra minden sportolónak szüksége van a megfelelő energiaellátottság biztosítása, a zsírban oldható vitaminok és az esszenciális zsírsavak megfelelő bevitele szempontjából. 1 kg zsírszövet kb. 7500 kcal-nak megfelelő energiamentységet tárol, ez 15-20 óra sporttevékenység energiaigényét fedezné. Intenzív terhelés hatására a szimpatikus idegrendszer által fokozódik a lipolízis (zsírmobilizálás). A zsírok napi optimális beviteli mennyisége az összenergia 25-30E%-a.

Az alapanyagcsere: Az az energia, amelyet a szervezet (nyugalmi állapotban) naponta minimálisan felhasznál az életfunkciók (légzés, emésztés, testhőmérséklet) fenntartásához.

Az alapanyagcsere RMR (resting metabolic rate) biztosításához szükséges energiamentység felnőtteknél kb. 1200–1800 kcal között változik nemtől, életkortól és testalkattól függően (*sportolóknál akár 2000–2500 kcal is lehet*). A teljes napi energiaszükségletet az alapanyagcsere, a fizikai aktivitás időtartama és intenzitása, ill. egyéb tényezők, mint pl. külső hőmérséklet (téli edzés 10%-ka növeli az energiabevitelt) befolyásolja.

Az antropometriai mérések megállapítása fontos. Ez alatt a testmagasság, testsúly, körfogatok (derék, csípő, has, felkar) méréseit értjük, és a fenti adatokból különböző képletek alapján tápláltsági állapot meghatározása (BMI, Rohrer index, Kaup index, Quetelet index) történik. Ezen adatokon túl fontos meghatározni a testösszetételt is. A testösszetétel alatt a zsír, izomtömeg, ásványi anyagok és a vízterek relatív arányát értjük. Sportolóknál a testösszetétel-mérés célja az edzésprogram és az étrend tervezése szempontjából elengedhetetlen. Testösszetételt különböző mérőműszerek segítségével tudunk mérni, ilyenek például a következők: hydrodenzitometria (víz alatti testsúlymérés); bőrredő-mérés (caliperrel); komputertomográfia és mágneses rezonancia; infravörös technika; fotoabszorpciometria (DEXA) (röntgensugarakkal); bielektromos impedanciamérés (Omron HBF 306, Omron BF500, BF510 készülékekkel). Ezek a készülékek már négy szenzoros, a teljes test összetételét érzékelő mérési technológiával rendelkeznek, és klinikailag validált orvostechikai eszközök.

Bielektromos impedanciamérés: a módszer elve a test elektromos vezetőképessége, mivel a zsírmentes testtömeg vezetőképessége jóval nagyobb, mint a zsíré.

Sportban való alkalmazás előnyei:

- Az izomtömegben mérhető legkisebb változást is megmutatja. Sportolók testösszetétel-mérése lehetővé teszi a különböző edzésmódszerekkel elért eredmények összehasonlítását.
- A jobb és a bal oldal és az alsó és felső test egyensúlyát értékeli, így segítséget nyújt az optimális testarányok eléréséhez.
- A készülék a szervezet csont-ásványianyag tartamát is becsüli, mely alapján a csonttömeg változásából a leggyakoribb anyagcsere-csontbetegség az osteoporosis kialakulásának kockázatára lehet következtetni.
- A sejten belüli és sejten kívüli folyadékmennyiség mérésére is alkalmas (!), így ha az eredmények magasak, az ödéma meglétét vagy kialakulásának komoly kockázatát rejti.
- Az optimális élsportolói teljesítmény alapvető feltétele a komoly edzőmunka. Csak akkor várhatunk el kiemelkedő eredményeket egy sportolótól, ha a magas színvonalú edzőmunkához megfelelő étrend társul, ugyanis a táplálkozási hibák bizonyítottan rontják a teljesítményt! A legtöbb táplálkozási vizsgálat arról számol be, hogy az élsportolók táplálkozása rendkívül sok hibát rejt, ebből adódóan a teljesítményromlás elkerülése érdekében hasznos lehet a megfelelő összetételű étrend-kiegészítő készítmény alkalmazása.
- Sokféle olyan speciális összetételű ételkészítmény van, ami gyógyhatású készítménynek, illetve úgynevezett funkcionális ételkészítménynek minősül.
 - Ebbe a csoportba sorolhatók a sportolók különleges táplálkozási igényeit kielégítő étrend-kiegészítő készítmények. Ezen készítmények könnyen hasznosuló formában tartalmaznak bizonyos tápanyagokat annak érdekében, hogy gyorsan fedezzék a megnövekedett sportolói szükségleteket, így alkalmazásukkal legális módon érhető el teljesítményjavulás.

Felhasznált irodalom

1. Arató Gy.: Sporttáplálkozás I. 2009.
[http://sotopedia.hu/ media/etk/targyak/gyakorlati_dietetika/sporttapolalkozasi.pdf](http://sotopedia.hu/media/etk/targyak/gyakorlati_dietetika/sporttapolalkozasi.pdf)
Elérés ideje: 2012.10.15.
2. Bean A.: Modern sporttáplálkozás. Gold Book Kft. 2000.
3. Gábor A.: A táplálkozás sport-specifikus aspektusai – a táplálkozás, mint teljesítményoptimalizáló tényező. Doktori értekezés, Budapest, 2008.
4. Martos É. (2000): A táplálkozás és a fizikai teljesítőképesség összefüggése az élsportban. Magyar Sporttudományi Szemle, Különszám: kutatási beszámoló, 1997–1999. 43–44.
5. Martos É. (2002): Sporttáplálkozás vagy néptáplálkozás. Magyar Sporttudományi Szemle, 2: 11–13.
6. Mák E. (2001): Sporttáplálkozás. Élelmezésvezetők Lapja, 5 (4): 27–30.
7. Az amerikai sporttáplálkozási irányelvek – 2000.
http://www.sportorvos.hu/sporttapolalkozas/20101105/sporttapolalkozasi_iranyelvek
Elérés ideje: 2012.10.15.

Természetesen – természetgyógyászattal

Hasznosné Bankó Ágnes: Együtt, egymás mellett vagy egymással szemben – avagy gondolatok a konvencionális orvoslás és a természetgyógyászat alkalmazásáról

Hasznosné Bankó Ágnes diplomás ápoló, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály.

Ennek a témának a feldolgozása számomra nagy feladat volt, mert jómagam a bizonyítékon alapuló orvoslás híve vagyok (voltam?). Így a kutatásom során találtam rá az alábbi idézetre, ami elgondolkodtatott, hogy ha egy olyan alakja a betegellátásnak, mint Hippokratész így vélekedett, akkor nekem is meg kell nyílnom a természetgyógyászat iránt. Talán a témakör mottójának is tekinthetjük.

„A természet orvos a betegségek ellen. A természet mindig megtalálja az eszközöket és az utakat nevelés nélkül, s anélkül hogy tanulta volna elvégezni kötelességét...” (Hippokratész)

A téma feldolgozása során a címben említett két irányzatot hasonlítom össze, valamint húzok párhuzamot és világítok rá a szakterületek különbségeire. A teljesség igénye nélkül foglalkozok a fogalmakkal, csoportosításokkal és a jogi szabályozásokkal.

A természetes gyógyítás

A **természetgyógyászat** az ember természetes öngyógyító képességének segítségével és a természetben megtalálható anyagok gyógyító hatásaival, alkalmazásával foglalkozó irányzatok összefoglaló neve.

- egyidős az emberiséggel, bár valójában idősebb az embernél: az emberiség megjelenése előtt élő állatok is ösztönösen használhatták
- az állatok megfigyelése során tapasztalt viselkedés: a vadon élő állatok megfigyelése során tapasztalták, hogy ha az állat megbetegedett, akkor felismerte azt a növényt vagy azt a forrásvizet, ami a gyógyulásához szükséges lehet
- legrégebbi feljegyzett forrásai keletről származnak: Kína és India

A természetes gyógy módok csoportosítása a teljesség igénye nélkül

- A terápiás elvek csoportosítása (Hoff-féle terápiás elvek): antagonizmuson alapuló terápia, szinergizmuson alapuló terápia, cserehatáson alapuló terápia, kompenzáción alapuló terápia, vegetatív áthangoláson alapuló terápia, funkcionális terápia, vegetatív ritmikával foglalkozó terápia.
- A gyógyítási módszerek őselem típusú felosztása: víz típusú terápiák, levegő típusú terápiák, tűz típusú terápiák, föld típusú terápiák, némely irányzatban elkülönül a fém.
- Roboráló hatású terápiák: dietetika, vitaminkúrák, antioxidáns terápia.
- Szimbiózis terápia: apiterápia (méhek által előállított anyagok terápiás használata), fitoterápia (gyógynövény-terápia), aromaterápia, Bach-virágterápia, ásványok, légzésterápia, inhalációs terápia stb.
- Művészethez kapcsolódó terápiák: vizuálterápia, zeneterápia stb.
- Mozgásterápiák: gyógytornák, gyógymasszázs, kiropraktika stb.

- Reflexológia: akupunktúra, akupresszúra, talpreflexológia, fülakupunktúra, Thai-masszázs, kineziológia alapú terápia, fájdalomterápia.
- Energiaterápiák: reiki, jóga
- Speciális terápiák: Soft laser, homeoterápia, auraterápia, mágnes terápia, elektroterápia.
- Alternatív diagnosztika: grafológia, optikai alapú vizsgálatok (nyelv, bőr, köröm vizsgálata), íriszdiagnosztika, asztrológiai elemzések stb.

Konvencionális gyógyítás

Bizonyítékon Alapuló Orvoslás (BAO) = Evidence Based Medicine – EBM Lényege az olyan, protokollszerű működés kialakítása, amelyben a protokollok megfelelő tudományos bizonyítékokkal (evidenciákkal) vannak alátámasztva. A bizonyítékok és az individuális tényezők együttes figyelembevétele biztosítja, hogy betegek a tudomány aktuális állása szerinti legmagasabb szintű orvosi ellátást kapják.

Praktikusan ezt végezzük mindennap az egészségügyi ellátó rendszerben, mindig az aktuális minőségügyi szabályozásnak megfelelően. A bizonyítékon alapuló orvoslás csoportosítását nem tartom fontosnak jelenleg felsorolni, hiszen ezekkel találkozunk a mindennapjaink során.

Egyezőség a két irányzat között

A **CÉL**, amely az egyén, a közösség testi, lelki, szociális, spirituális jólétét jelenti és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát, tehát **AZ EGÉSZSÉG**.

Különbözőség a két irányzat között

Az **ÚT**, ahogyan eljutnak a nézetek a célhoz.

Természetes gyógymódok: egységes, holisztikus emberkép az alapja, amelyben a fizikai és nem fizikai szinteknek egyaránt jelentősége van.

Bizonyítékon alapuló orvoslás: szétszedi részeire az embert, minden pici egységünknek van már specialistája, aki annak a résznek a „nagydoktora”, de az egész holisztikus rendszernek kevésbé ismerője.

Szabályozások

A WHO többször is szabályozta, bár a szabályozás célja mindig ugyanaz volt: a komplementer medicina nemzeti egészségügyi rendszerbe való beillesztése. Hazánkban a komplementer medicinát a 11/1997 EüM rendelet és a 40/1997 Kormányrendelet szabályozza annak hangsúlyozásával, hogy a komplementer medicina a betegellátás része.

Szabályozási szempontok

WHO:

- speciális útmutatások elkészítése
- stratégiai kutatások elindítása szükséges
- racionális, észszerű, az evidenciáknak megfelelő alkalmazás támogatandó
- a komplementer medicinát érintő információk a lakosság felé továbbítandók

Hazai egészségügyi törvény:

- aki gyógyítóként, terapeutaként részt vesz a kiegészítő gyógyításban, az ennek megfelelően a magyar egészségügyi ellátórendszer tagja, vagyis meghatározott speciális ismeretekkel és vizsgákkal kell rendelkeznie, s jogai és kötelezettségei megegyeznek az egészségügyi dolgozókéval.

Átfedések a gyakorlatban

- Gyógynövény alapú készítmények
 - Pl. Senna
 - Gyógyszeripar is használja (Tisasen drog)
 - Gyógynövényként is használjuk (Sennalevél tea)
- Krioterápia
 - hűtés: a sérülések jegelése
 - melegítés: pl. az amputációval járó sérülések replantált műtéti területének kihűlés elleni védelme, vagy a lávaköves kezelések a természetgyógyászatban
- Biopton lámpa: az emberi testre gyakorolt hatásairól, valamint a hozzátartozó szinterápiás eljárásokról könyvet írt egy korábbi „körzeti” orvos
- Apiterápia: a méhek által termelt anyagok terápiás felhasználása
 - sebkezelés során a propoliszos/mézes kötszer alkalmazása (Medihoney kötszer és gél)
 - torokfájásra a méz kanalizása
 - érzékeny száraz bőrre a propoliszos krém alkalmazása
- Ezüst: az ezüst antibakteriális és gombaellenes hatását is kihasználjuk
 - „ezüst” kötszerek: a fertőzött sebek kezelésére használjuk a konvencionális orvoslás során is
 - „ezüst”szállal szőtt zokni: javasolják a „cukorbeteg láb” kezelés során is, de a gombás bőr- és körömváltozások esetén is
- Gyógytorna
- Fizikoterápiák
- Pióca:
 - Nemrégiben alkalmam volt egy olyan teamben részt venni, ahol egy amputált ujj replantációját követő keringésjavító kezelést végeztek pióca segítségével. Egyszerűen felhelyeztük a piócát a replantált területre, és a pióca a szívóhatását kifejtve negatív nyomást gerjesztett, így az ép területről a keringés átáramlott a replantált ujjba. A piócák „gondozása” rendkívül komoly feladat elé állított minket, hiszen háromnaponta ki kell szedni a vizükből egyesével és másik friss (speciális) vízbe átrakni őket.
 - Ezen kívül más hasznosításuk is ismeretes: a piócák által termelt véralvadástgátló enzimhatás, a magas vérnyomás os betegek kezelése.

Konklúziók

- Tudatosan vagy sem, mégis együtt dolgozik a két irányzat
- Támadás? – Figyelmen kívül hagyás? – Együttműködés?

- A diszciplínák közötti kommunikáción múlik
- Tudatos együttműködés a páciens(ek) egészsége érdekében

Felhasznált irodalom

1. Gere T.: Természetgyógyászat mindenkinek. Szent István Egyetem Nyomda, Gödöllő, 2010.
2. Hall N.: Reflexológia – Lépésről lépésre. Holló és Társa Könyvkiadó, Kaposvár, 1997.
3. Kismarton J.: A nem-konvencionális tevékenység jogszerű folytatása. http://www.kismarton.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=9 Elérés ideje: 2014.10.28.
4. Mangó G.: Természetgyógyászat kontra orvosi gyógyászat. Hórusz Kft. Gyöngyös, 2007.
5. Egészségtudományi fogalomtár <http://fogalomtar.eski.hu/> Elérés ideje: 2014.10.28.

Győri Ilona: Radiesztézia és az emberi test energiarendszerének bemutatása, összefüggéseik, kölcsönhatásaik

Győri Ilona felnőtt szakápoló, intenzív terápiás szakasszisztens, műtős szakasszisztens, diplomás ápoló, egészségügyi gyakorlatvezető, spiritiszta, pszichotronikus masszázstanok

Aura-energiatér Aminek atomszerkezete van (protonból és elektronból áll), energiater veszi körül, elektromágneses mező. Jellemző sugárzás látható és frekvenciában mérhető. Az indiai hagyomány Pránának, a kínaiak vitális energiának, Csi-nek (magyar eredetű) nevezik – kétpólusú erőt tartalmaz, JIN – JANG-ot -, a zsidók a Kabalában asztrálfényről beszélnek, keresztények a szellemi lényeket fénymezővel, glóriával körülvéve ábrázolják. Az emberi testet auréliák, pozitív és negatív töltésű cellák védik. Háromdimenziós, minden irányban körülöleli a testet. Feladata a védelem, energiataralék. Az egészséges ember aurája a test körül elliptikus, tojásdad formát alkot, mérete 2,5-3 méter. Az élő szervezet atommozgása nagy aktivitást mutat, rezgése különböző energiatereket hoz létre, melyek a testből sugároznak – hő, hang, fény, mágneses és elektromágneses energia formában. Minden embernek sajátos frekvenciájú, egyedi energiaterere, rezgése van – az emberi energiater kapcsolatba kerülhet emberi, állati, növényi, ásványi energiaterekkel. A természettel való harmonikus kapcsolat kiegyensúlyozza és tisztítja az aurát – ezért érezzük kellemesnek vagy elviselhetetlennek valaki, valami jelenlétét. Minél hosszabb és bensőségebb egy kapcsolat, annál nagyobb az energiatercsere, lenyomatot hagy mindazon, amivel kölcsönhatásban vagyunk. Auránk elektromágneses jellege okozza, hogy energizálunk tárgyakat és helyeket (mint ruhalevétel, kisülések); szülők energiaterjük részét egész életükön keresztül megosztják gyerekükkel. A nemi kapcsolat viszont energiater bonyolultabb összefonódását eredményezi, az energiatercsere erőteljes és bensőséges, hulladék is sokkal tartósabb. Az aurán belüli változások tükrözik az ember fizikai, érzelmi, mentális, spirituális állapotát; aurát gyengítő tényezők: rossz étrend, mozgáshiány, stressz, élvezeti szerek, harag, helytelen, negatív gondolkodás. Halálesetet követő gyász részben az elhunyt energiaterjének kiválása, visszahúzódása okozza azokból, akikkel együtt élt.

Aura rétegei: Hét rétegből áll. Három a fizikai világhoz tartozik. Első az étertest: éter szóból, átmeneti állapotot jelent az anyag és energia között, szikrázó, apró fénysugarak sokaságából áll; szerkezete hasonló a fizikai test szerkezetéhez, tartalmaz valamennyi szervet

és anatómiai képletet; energiamátrix. Második az érzelmi test, érzésekkel áll kapcsolatban, színes, állandóan kavargó felhőnek tűnik, érzéseink tisztaságától függ az átláthatósága. Harmadik a mentális test, melyhez gondolatok és mentális folyamatok kapcsolódnak, gondolataink struktúráját tartalmazza. *További négy* a fizikai világon túli, negyedik az asztrálszint, itt emberek közti interakciók zajlanak. Ötödik éteri szint/minta, minden fizikai síkot tartalmaz. Hatodik mennyei test, meditáció kapcsán érezzük. Hetedik keterikus, okozati test, spirituális sík mentális szintje.

Aura színei: Fehér – tisztaság; Lila – földi tudás, bölcsesség; Zöld – erő, lelki erő; Aranysárga – jószívűség; Bordó – harag gyűlölet; Rózsaszín – szeretet; Sötétkék – testi erő, stabilitás. *Tisztítás:* zuhany, energiagenerálás, kézzel lentől felfelé történő simogatások, kristályok, fény, illatok, pozitív életfelfogás.

Energiacsapolás Energiavámpírok. Az energiánkat csapolják, ha engedjük. Lopott energiával pótolják saját veszteségüket ahelyett, hogy felépítenék sajátjukat. Keresztbe tett boka fölötti láb, hüvelykujj és mutatóujj összeérintésével zárjuk köreinket.

Csakrák Szanszkrit szó, kereket jelent. Testen elhelyezkedő kerékhez hasonló, állandóan mozgásban lévő energiaörvény. Az energiaburokban létezik egy függőleges erőáram a gerincoszlop mentén, hét fő csakrával – tölcser alakú örvények gerincoszlop felé szűkülnek, első és hetes számú kivételével párosával találhatók elöl és hátul. Jól működő, kb. 15 cm a nyitott tölcser része percenként – átlag 60-at forog. Fő feladata az energiafelvétel és annak továbbítása. Az energiavezetéken keresztül jut el az ideg- és endokrin rendszerhez, a véráramba, és vitalizálja a szervezetet. Félelmeink, negatív gondolatok, harag energiablokkot képez, és megakadályozza az energia áramlását. A blokk előtt energia halmozódik, mögötte energiahiány van. Ha sokáig tart, átíródik a fizikai testre és betegség alakul ki ott, ahol ez történik.

A hét fő csakra

- **Korona:** univerzális energia, hit, egyetemes tudat. *Színe* fehér, agyalapi mirigy, agykéreg, nagyagy, koponya működését befolyásolja. *Harmonizáló kristály* ametiszt, hegyi kristály, lila és színtelen kövek. *Túlműködés:* elmebaj, mániás depresszió, zavart szexualitás. *Alulműködés:* állandó kimerültség, bizonytalanság, halálfélelem.
- **Homlok:** harmadik szem. Indigókék, halványlila. Megismerés, önismeret. Agyalapi mirigy, hypofízis, tobozmirigy, homlok, szem. Lápisz, lilás kövek, lazúrit. *Túlműködés:* nagyon logikus, arrogáns, túl racionális. *Alulműködés:* fél a sikertől, feledékeny, tanulási nehézség, hallucináció.
- **Torok:** Kommunikáció önkifejezés, felelősségvállalás. Világoskék. Endokrin mirigyek, pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, torok, száj, mandula, fül, felső végtagok. Kék kalcedon, türkiz, világoskék kövek. *Túlműködés:* túlságosan bőbeszédű. *Alulműködés:* önbizalomhiány.
- **Szív.** Szeretet, önzetlenség. Zöld. Csecsemőmirigy, szív, tüdő, bőr, vér. Rózsakvarc, zöld aventurin, yade, rózsaszín és zöld kövek. *Túlműködés:* birtokló természet, dramatizálja a dolgokat. *Alulműködés:* önsajnálkozás, fél a visszautasítástól.
- **Napfonat-szolár plexus:** Én kialakulása, személyes erő, önbizalom. Sárga. Hasnyálmirigy, gyomor, emésztés, máj, epe, lép, vegetatív idegrendszer. Tigrisszem, sárga, aranyszínű kövek. *Túlműködés:* hatalmaskodás. *Alulműködés:* visszafogottság, szex elfojtása.

- **Keresztcsonti-szex:** Kapcsolatok, kreativitás. Narancssárga. Ivarmirigyek, nemi szervek, immunrendszer. Karneol, narancssárga kövek.
- **Gyökér:** Eredendő életenergia, föld, stabilitás. Piros. Vese, csontok, ízület, vér, gerinc, köröm, végbél, vastagbél, sejtképzés. Hematit, vörös jáspis, fekete, piros kövek. *Tülműködés:* érzelmileg kiegyensúlyozatlan, agresszió, erős énkép. *Alulműködés:* csekély önbizalom.

Mellékcsakrák: tenyér, talp, térdhajlat.

Kristályok

Korona csakra: ametiszt: – egyensúlyt teremt életünk fontos területein – érzelmi kapcsolatban békét, tolerancia lehetőségét, élettereinket megtisztítja felesleges energiáinktól; **hegyikristály:** életünkben egyensúlyt alakít, családon belüli feszültséget kezelhető kereteken belül tartja, segít a pénzszerzésben.

Homlok-harmadik szem csakra: szodalit: csillapítja hirtelen keletkező indulatainkat, feloldja az állandósult alapfeszültséget, tanulásban, magányosságban segít, békességre ösztönöz; **lapisz:** feloldja érzékeinkről a korlátokat, ezért hatékonyabban érzékeljük az embernél magasabb rezgésű energiákat, lehetővé teszi számunkra a jó emberismeret kialakulását.

Torokcsakra: akvamarin: nehéz élethelyzetekben megjelöli a járható ösvényt, részletesen rávilágít a megoldásra, cselekvésre késztet; **kék achát:** Mihály arkangyal kristálya, fizikai bántalmazástól, sérelmekről, rossz emberi szándéktól védelmez, segít feloldani a már kialakult lelki kiszolgáltatottságot, felerősíti lelkiismereted hangját, otthon, test védelmét.

Szívcsakra: rózsakvarc: segít anyagi gondok fokozatos rendezésében, lelki, szellemi fejlődésben, lelki, fizikai társ megtalálásában, negatív energiákat magába szívja.

Napfonat csakra: tigrisszem: párkapcsolatokat új hévvel tölti fel, anyagi helyzetünkbe új lehetőségeket hoz, tartósan elúzi a fásultságot, testi, lelki fáradtságot, segít a gyógyulásban; **citrin:** megvilágítja a nyugalomhoz vezető utat, rámutat hibáinkra, gyengeségeinkre.

Keresztcsonti-szex csakra: karneol: véd a démonhatástól, kétségbeesésben erőt ad a hatékony újrakezdéshez, hazavezérli az eltévedt családtagot, Dalai Láma reinkarnálódott szellemét is ezzel a kővel találták meg.

Gyökér csakra: vörös jáspis: segít a mindennapi életben meghallani az igazságot, nyitottá tesz mások gondjainak átlátására és megértésére, segít a hullámvölgyön való átjutásban; **hematit:** jelzi az aktuális gondok, bajok jövetelét, energiakör záró, védelmet ad a negatív energiáktól.

Ley-vonal Alfred Watkins: energiaáramlási csatornák, a föld mágneses terének földfelszínen tükröződő alakzatainak minimál-potenciál felületei, istenek ösvényei, ugarvonalak, sárkányvonalak, tündérösvények. Ráépítettek körgyűrűket, mesterséges dombokat. Pákozdon, Dobogókőn 12 különböző erősségű Ley-vonal találkozik. A vonalak nyílegyeneseek, élők, lüktetnek. Ha ismernénk az energiavonalak működését, nem lennénk energiahiányosak, közvetlenül a Föld energiáit tudnánk használni. Csomópontok: Tápiószentmárton, Attila-domb, Gyula, a Pilisben Csobánka, Lenti. Azonos vonalon van Dánia – Németország, Budapest-Csobánkai szentkút, Petőfiszállás - Szentkút, Szegedi Dóm, Delphoi jósda. Vonalak mentén elektromos törésáramlást is kimutattak, magyarázat a gyógyforrások kialakulására. A Ley-

vonatra a Föld elektromágneses tevékenysége, naptevékenységek, időjárás, holdállás hatással van. Törésvonalak fényjelenségeket is produkálnak, ezeket Mária-jelenéseknek is nevezzük. Itt épültek a piramisok, a kő felszíne elektrosztatikusan feltöltődik, könnyebb szállítani. A táltosok rajtuk révületbe estek, és légifolyosók is az UFÓK részére. A vonalon Szegvár melletti piramisok, mint Kunhalom, kurgánok, a szentesi Vigyázó-halom, Határhalom, temetkezési helyek, valamikor őrhelyek voltak (Alföld piramisai Szentes, Szegvár, Sáp-halom határán vannak, Sáp nevű vitéztől nevezték el, a területen Árpádkori temetőt tártak fel).

Földünknek, akárcsak az élőlényeknek, megvan a maga érrendszere és csakrahálózata. Áramlási rendszerében energia folyik. *Sunderson* (amerikai), *Nyikolaj Goncsarov* (szovjet) kutatók ismerték fel a rendszer geometriáját – 12 szabályos ötszögből álló, és 20 szabályos háromszögből álló elrendezést kaptak.

Vízersugárzás Földalatti vízátzivárgásokhoz kapcsolódik. A földalatti vízszivárgásoknál a víz útja geológiailag meghatározott, mindig a legalacsonyabb energiaszint felé áramlik. A vízérnek nincs külön sugárzása, tehát a víz nem sugároz, hanem csak módosítja, modulálja, illetve polarizálja a Föld belsejéből áramló energiákat. Iránya, telítettsége változhat, esőzések után felduzzadnak. A vízér kereszteződés a sejt osztódási folyamatait felgyorsítja.

Hartmann-sávok A Föld pozitív és negatív mágneses erőtereinek találkozásainál jönnek létre és egy térrácsrendszert alkotnak. Mérete Magyarországon 2,8x1,9 méter. A Föld pólusai felé szűkül, az Egyenlítő felé szélesedik. Találkozási pontjainál Hartmann-keresztek keletkeznek, egészségtanilag a rácsrendszer legveszélyesebb pontjai. 0 és 3 óra között az energia intenzitása kb. háromszorosára megnő. 36 óránként a K-Ny-i sávja vándorol (6 óra körül elindul déli irányba és folyamatosan 10 óráig).

A Föld csakrái: Korona – Tibet, Himalája; Homlok – Bermuda-háromszög; Torok – India; Szív – Dobogókő; Napfonat – Ausztrália; Szex – Andok; Gyökér – Jeruzsálem.

A kutatók végzetes térségeket fedeztek fel, pl. Bermuda-háromszög, Ördög-tenger. A Föld mágneses sugárzása rendellenes, legnagyobb erősségű napkitörésekkor itt fejlődnek ki a legnagyobb pusztító mágneses viharok, szélsőséges légköri nyomásváltozások, rájuk ismereteink szerint nincs magyarázat. Továbbá óceánok áramlásait, geopatikus méretű örvényeket, ásványi kincsek leggazdagabb lelőhelyeit, óceánok mélyén húzódo hegygerinceket. Régmúlt legfontosabb székhelyei a geometriai rendszer csomópontjaiban vannak, mint Egyiptom, Indus-völgyi civilizáció, Peru, Húsvét-sziget.

Felhasznált irodalom

1. Csontos V.: Világmindenség (Univerzum) tanítóinak. Szerzői magánkiadás, Zselíz, 2001.
2. Hernádi M.: A talaj elektromos jelenségeinek kutatása és azok biológiai hatásai <http://www.scribd.com/doc/122117949/Dr-Hernadi-Mihaly-A-talaj-elektromos-jelensegeinek-kutata-s-es-azok-biologiai-hatasai> Elérés ideje: 2014.09.15.

Szekerczés Norbert: A köpölyözés ősi gyógymódja modern időkben

Szekerczés Norbert fülakupunktúrás addiktológus, alternatív mozgás masszázsterapeuta, ápoló, egészségtan tanár, Szegedi Tudományegyetem, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály

A köpölyözést hagyományosan pohárvetésnek nevezzük, kategóriába sorolva külső, fizikális gyógymódként tartjuk számon. Ezen gyógymód az ókortól kezdve szolgálja az emberiséget, már az ősi Egyiptomban használták. Az ókori görögöknél a neves orvosok emblémája volt a köpöly, ezeket írásbeli emlékeink is tanúsítják. A római medicinában is előszeretettel alkalmazott gyógymód volt. Megjelenik a kínai gyógyászatban, és később a magyar népi gyógyászatban is elterjedt módszernek számított, azóta azonban kis időre eltűnt, de modern korunkban ismét reneszánszát éli.

Alapmechanizmusa: a bőrön vákuumot képezünk a köpölycsésze segítségével, és az így létrejött vákuum hatására a kezelt területen vérbőség alakul ki: a kapillárisok kitágulnak, ez friss vér és több oxigén beáramlását teszi lehetővé, egyenletesen átjárja a kötőszöveteket. A csésze levétele után az elhasznált vért, a nyirok- és anyagcsere végtermékeit a vér és nyirokáramba pumpálja, ezzel méregtelenítve a szervezetet.

A vákuum szívóhatására javul az itt lévő bőr, izom, valamint a területhez tartozó belső szervek vérellátása, vérkeringése, anyagcsereje, valamint a helyileg fellépő vérbőség aktivizálja a szervezet egy vagy több meridiánját, s így fokozza a bioenergia áramlását. További kezeléssel lokálisan hisztamin szabadul fel, Hey szerint köpölyözéssel csökkenthető a fájdalmat kiváltó prosztaglandinok szintje is, továbbá az érzőidegek ingerlésével „encephalin” és más hasonló fájdalomcsillapító vegyületek szabadulnak fel, a hormonrendszer aktivizálásával pedig az immunrendszer is erősödik.

A fellépő lokális vérbőséget a szervezet vérveszteségként ismeri fel, és azt pótolni igyekszik, ezzel serkenti a vérképzést, úgy is mondhatjuk, mintha becsapnánk a szervezetet. Jelenleg a technikának két fő irányzata van, a „lokális fájdalomcsillapítás” melyet kiegészítő kezelésként gyakran alkalmazunk különféle fájdalmak esetén, és a hagyományos kínai orvosláson alapuló, akupresszúrás pontokon való alkalmazása, mely során a meridiánokban áramló Qi-t kezeljük. Harmonizálja az energiaáramlást megteremti a Yin és Yang közötti egyensúlyt, ezzel megszüntetve a panaszokat.

A head-zóna elmélet szerint a perifériás, vegetatív-és érző idegvégződéseknak izgatásával (pl.: a háton lévő reflexzónákon keresztül) a belső szervek működése stimulálható, ill. görcsök oldhatók.

Bármit alkalmazhatunk köpölyözésre – Kínában azt tartják, hogy ami fellelhető a háztartásokban, az mind alkalmazható (például csésze, bögre, pohár stb.) és ezekkel végzik a betegségek megelőzésére szolgáló kezeléseket. Hagyományosan üvegcsészéket használunk, aminél a legjobban látható a vákuum erőssége, de a keleti országokban előszeretettel alkalmazzák a bambuszból készült köpölyöket is a gyógynövényfőzet hatóanyagainak bejuttatásához.

Tipikus magyar népi gyógymód az úgynevezett alátétes köpölyözés, amely azt jelenti, hogy a bőrfelületre különféle növényi termést helyezünk, (leggyakrabban paradicsom, hagyma,

burgonyakarika) abból a célból, hogy azok hatóanyagait bejuttassuk a bőrbe, hiszen a vákuum megszűnésével a bőr ezeket az anyagokat hirtelen magába szívja.

Hőhatás szerint is vannak eltérések a kezelés tekintetében. A hagyományos köpölyöző eljárást melegítéssel végezték, vagyis a csészét alkohollal kenték be, azt meggyújtották, majd ráborították a bőrfelületre, ebből sajnos sok égési sérülés származott. Manapság a technika fejlődésével többféle anyagból készül a csésze, ez kiszorította a hagyományos melegítéses üveget, és a helyére a hideg vákuumpumpával használható köpölypohár került, mely alkalmazásában biztonságosabb.

A kezelés formáiban több fajtája is ismeretes: száraz, nedves, kivéreztetéses (Magyarországon nem alkalmazható legálisan!) és a „nyuvasztásos”. Ez utóbbit kozmetikusok és masszőrök előszeretettel használják zsírbontásra, zsírtörésre, alakformálásra.

A gyógykezeléseknél figyelembe kell venni a beteg igényeit, fontos az anamnézis felvétele (jogi, etikai felelősség!), a kezelés ismertetése, bemutatása. El kell mondani, hogy a kezelés gyakorisága mindig a betegség jellegétől és stádiumától függ. Egy kúra általában 8-10 kezelés, kúránként két hét szünetet kell tartani. A kezeléseket célszerű minden másnap megismételni, harmadnapra várható a javulás, de ugyanazon helyekre (ha az még látható) nem tehető fel csésze. Csontokra, ízületekre, nagyerekre nem szabad felhelyezni a köpölyöző poharakat! Egy alkalommal általában 4-5 poharat teszünk fel 15 percig. Megelőzőként fél évente, évente egy 8-10 kezelésből álló kúra ajánlott.

A módszer előnyei: Egyszerű, biztonságos, gazdaságos és általában széles körben alkalmazható, gyors eredményt ad. Hátránya a haematoma keletkezése.

Kezelhető betegségek között lokálisan alkalmazva az ízületi betegségek: gyulladások, artrotikus deformitások miatti fájdalmas izomspazmusok (görcs), lumbágó, isiász, nyak-váll syndroma áll az élen. De jól alkalmazható immunerősítésre is, megelőző célzattal. Akupresszúráisan alkalmazva: légzőszervi betegségek (asztma, allergia, pneumonia, bronchitis), gyomor-bélrendszeri problémák (hurut, fekély, hasnyálmirigy-gyulladás, epehólyag-gyulladás, epekő), vizeletkiválasztószervi problémák (vesegyulladás, vesekő, húgyhólyaggyulladás) és női problémák (klimax, felfázás, menstruációs zavarok) esetén is igen hatásos.

Kizáró tényezők lehetnek: a helyileg fellépő fertőző bőrelváltozások, a véralvadási zavarok, a legyengült általános állapot, a súlyos szív-érrendszeri betegségek, a magas láz. Fokozott elővigyázatossággal terhességnél alkalmazható.

A köpölyvel való kezelés végzését a jelenlegi jogszabályok a moxaterápiával, és a fül-, testgyertyakezeléssel együtt rendszerileg a természetgyógyász képzés során az akupresszőr szakmai tevékenységébe sorolják. Így csak a GYEMSZI-ETI által kiadott akupresszőr szakmai bizonyítvánnyal végezhető.

Tanúsítványt adó továbbképzéseket is szerveznek elsősorban természetgyógyászok, masszőrök számára, mely során megtanítják az elméleti és gyakorlati fortélyokat főként a lokális alkalmazással kapcsolatban. Ezzel kiegészítő természetgyógyászati terápiaként alkalmazhatják, elsősorban egészséges embereken megelőző céllal. Ugyanilyen tanfolyami képzés során elsajátítható a zsírbontó, alakformáló kezelés is.

Felhasznált irodalom

1. Daróczi Z.: Akupresszúra alapjai, moxa, köpöly, fül-testgyertya – jegyzet. Debrecen, 2009.
2. Kissné Fügedi A., Mészáros E., Glázer M.: A gyógyító köpöly. MÖRK Kereskedelmi, Nyomda Kft. Szombathely, 1995.
3. Köpölyözés és nyuvasztás. <http://www.arvis.hu/Kopolyozes> Elérés ideje: 2014.09.06.

Dr. Petrovné Ráti Lilla: Fülakupunktúrás addiktológia és a szenvedélybetegségekkel való kapcsolata

Dr. Petrovné Ráti Lilla természetgyógyász (fülakupunktúrás addiktológus, életmód-tanácsadó és terapeuta, fitoterapeuta)

Történelmi áttekintés:

Az akupunktúrás mikrorendszerek közül jelentőségével kiemelkedik az aurikulomedicina. A fülkagylón az akupunktúrás pontok rendkívül koncentráltan helyezkednek el, sűrűségük kb. százszor nagyobb, mint a test felületén. Több mint 200 pont reprezentálódik a fülkagylón. Az írásos adatok szerint nem lehet eldönteni, hogy a kínaiak vagy a perzsák használták a módszert gyógyítás céljából, amikor is bambusztűket szúrtak a fülkagylóba a gyógyítás kapcsán (Kr. e. 5. század, Pian Tsio). A kínai gyógyászati írásos formák szerint („Huanti Nei Jing” Kr.e. 270–246) a fület úgy tekinti, mint a testünk azon részét, amely kapcsolatban áll az egész szervezettel, így ezeken a pontokon keresztül képesek vagyunk hatni a teljes szervezetre. A legjelentősebb változás az aurikulomedicina terén mégis Európához kapcsolódik, ahol is a 20. században élt Madame Barrier Lyon külvárosában, boszorkánynak titulált, vajákos asszony sok esetben sikeres gyógyítást végzett a fülkagylón lévő pontok kiegészítésével. Paul Nogier francia orvos ezt a fajta gyógymódot a saját praxisában is sikeresen használta az ischialgia (ülőidegzsába) kezelése során. Az ő nevéhez fűződik az a felfedezés is, hogy a homunkulusz a fülkagylóba embrionális formában, fejjel lefelé vetítődik ki, amit első publikációjában 1956-ban jelentetett meg a Mediterrana Akupunktúrás Egyesület I. Kongresszusán. A fülcimpa a fejnek felel meg, aminek középpontja a szem zónáját jelöli. A végtagok distalis részeit a fülkagyló felső részeiben találhatjuk meg. A fülkagyló elülső része a szenzoros, hátsó része pedig a motoros zónáknak felel meg. Többféle térkép is ismeretes: Nogier-féle, kínai, Brenner-féle, Terry Oleson-féle, valamint az orosz iskola szerinti.

Valamennyi, a fülkagylón elhelyezkedő pontot felosztja **mester-, funkcionális és anatómiai** pontokra. A **mesterpontok** képesek konkrét szervekre is hatást gyakorolni, de a vegetatív idegrendszeren keresztül vagy fájdalomcsillapító hatást kifejtve az egész szervezet működését képesek szabályozni. Mivel hatásterületük ilyen nagy, a különböző pontkombinációk fontos elemei. A **funkcionális** pontok egyben **anatómiai** pontok is, amik a különböző szerveknek és szervrendszereknek felelnek meg, amelyek kitöltik az aurikulát (fülkagylót). Ebből azt a következtetést lehet levonni, hogy a fülkagylót bárhol ingereljük, azzal valamely testrészre vagy szervekre gyakorolhatunk hatást.

A kiválasztott pontok ingerlése történhet akupunktúrás tűkkel, elektromos árammal, mechanikai nyomással, lézerfényvel, hővel, mágnessel, golyócskákkal (tsu-bo), gyógynövénymagvakkal is.

A hazánkban is egyre népszerűbb és egyre nagyobb méreteket öltő szenvedélybetegségek (drogfogyasztás, alkoholizmus, dohányzás és viselkedési szenvedélybetegségek: kleptománia, szerencsejáték, munkamániák) jelenléte teszi szükségessé a **NADA** (*National Acupuncture Detoxification Association = Nemzetközi Akupunktúrás Detoxikáló Egyesület*) más néven „**akudetox**” program alkalmazását. A kezelések különleges körülményeket nem igényelnek, így nyílt ambulanciákon, akár börtönökben is alkalmazhatóak. Így került e módszer bevezetésére sor hazánkban is, amikor 1989-90-ben Michael Smith (USA) Nagyfán megismertette a magyar szakembereket ezzel a módszerrel. 1993-tól, Smith korai halála után az oktatást a Soros Alapítvány támogatásával Paul Zmiewski, lengyel származású orvos vette át. Dr. Eőry Ajándok, a magyar orvosok közül elsőként csatlakozott a módszer alkalmazásához.

Az akudetox kezelése során 5 fülakupunktúrás pont ingerlése zajlik steril tűvel. Mivel a fülkagylón nincsenek életfontosságú érhálók, a módszer rövid tanfolyamokon is elsajátítható. A résztvevők megismerkednek az öt fülakupunktúrás ponttal, elhelyezkedésükkel és hatásmechanizmusukkal (**1. Shen-men, 2. Szimpatikus mesterpont, 3. Vese-pont, 4. Máj-pont, 5. Tüdő-pont**), azok behatárolásával, topográfiájával, hatásaival, majd egymáson sajátítják el a szúrési technikát. Maga a NADA protokoll abból áll, hogy ezt az öt akupunktúrás pontot 6 héten át ingerlik steril tűvel az alábbi séma szerint: 2 hétig – naponta, 2 hétig – heti három alkalommal, majd 2 hétig – hetente kétszer (a páciens kérésére gyakrabban is szúrhatók).

A tanfolyam résztvevői betekintést nyernek a kínai orvoslás alapelveibe, miszerint az egészség egy kiegyensúlyozott, harmonikusan működő belső világ. A belső harmónián alapuló teória a Yin/Yang egyensúly és az öt fázis (Tűz, Föld, Fém, Víz, Fa) elvében fejeződik ki. Ha ezen hatások közül valamelyik túlsúlyba kerül vagy legyengül, az az egyensúlyi állapot felborulásához vezet, ami szomatikus (testi) tünetekben nyilvánul meg.

- **Yin energia** (puhaság, sötétség, hideg, nedvesség társul hozzá).
- **Yang energia** (keménység, világosság, hőség, szárazság társul hozzá).

Ezek az energiák alkotják együttesen a Qi-t, vagyis életerőt, ami a különböző csatornákon (Yingluo) kering. A **Yin csatornát** a **Luo kollaterális = összekötőt** jelent. Ezek közül is vannak **Zang** szervek – „raktározók” és **Fu** szervek – „átengedők”. Az emberi szervezetben 12+2 csatornát, más szóval **Meridiánt** különböztetünk meg. Ezek közül a Yin energiát továbbító csatornák a Szív, Lép, Tüdő, Vese, Máj és Szívburkok meridiánjai, amik egyben Zang szervek. A Yang energiát továbbító csatornák pedig a Vékonybél, Gyomor, Vastagbél, Húgyhólyag, Epehólyag és a Hármaskézi Melegítő meridiánjai, amik Fu szervek. Ezen kívül a 12 meridiánon kívül van még a Ren (Befogadó) a test elülső középvonalában és a Du (Kormányzó) hátul a gerincoszlop vonalában.

A Yin nem létezhet a Yang nélkül, ahogyan az éjszaka sem nappal nélkül. A betegség pedig akkor alakul ki, ha valamelyik túlsúlyba kerül. A Qi állapot megváltozása történik a szenvedélybetegség kialakulása során is, és létrejön egy Yin hiány, amit az „üres tűz” állapotának neveznek. Ezért tehát a NADA kezelési program alapja a hiányzó Yin energia pótlása, „táplálása”.

Ahogy az ember sem képes a nap 24 órájában egyforma aktivitást kifejezteni, ezek a meridiánok is 2 óránként változtatják az aktivitásukat.

Ezt a **Kínai Szervóra** tükrözi:

1. **Máj** meridián: 01–03 óra között,
2. **Tüdő** meridián: 03–04 óra között,
3. **Vastagbél** meridián: 05–07 óra között,
4. **Gyomor** meridián: 07–09 óra között,
5. **Lép** meridián: 09–11 óra között,
6. **Szív** meridián: 11–13 óra között,
7. **Vékonybél** meridián: 13–15 óra között,
8. **Húgyhólyag** meridián: 15–17 óra között,
9. **Vese** meridián: 17–19 óra között,
10. **Szívburok** meridián: 19–21 óra között,
11. **Hármas Melegítő** meridián: 21–23 óra között,
12. **Epehólyag** meridián: 23–01 óra között a legaktívabb.

Természetgyógyászok által használt definíció: szenvedélybetegség energetikailag a Qi-állapot megváltozása, vagyis Yin-hiány = „üres tűz” állapota.

Hagyományos orvoslás szerinti definíció: A szenvedélybetegség olyan magatartási forma, amikor az illető bizonyos kémiai anyagokat rendszeresen fogyaszt és a szertől függőség (dependencia) alakul ki.

Tolerancia: egyre nagyobb adag kell az érzések kiváltásához.

Abúzió (visszaélés): amikor a kémiai anyag fogyasztása valamilyen testi vagy pszichológiai hatás kedvéért történik.

Az 5 fülakupunktúrás pont lokalizációja:

1. **Shen-men pont** (lélek kapu): a Fossa Triangularis (háromszögű mélyedés) ¼-ének árnyékos részén belül, nem a középvonal alatt helyezkedik el.
2. **Szimpatikus Mesterpont:** a belszegély alsó szára és a Helix (karima) találkozási pontja mellett helyezkedik el.
3. **Vese-pont:** a Shen-men alatt, egy vonalban, függőlegesen, a nem látható belszegély alsó szárának oldalán helyezkedik el.
4. **Máj-pont:** a belszegély oldalán a karimaszárral szemben helyezkedik el.
5. **Tüdő-pont:** a kagylóüregben helyezkedik el.

A kezelések során ezt a sorrendet tartja be a terapeuta, mindkét fülkagylón egyszerre szúrva mind az 5 akupunktúrás pontot, steril tűkkel, a dezinfektív szabályok betartása mellett.

Az akupunktúrás kezelések nem az egyes tünetek megszüntetését célozzák meg, hanem az egész embert képesek gyógyítani úgy, hogy segítik a harmónia kialakítását.

Fontos azonban azt tudni, hogy az 5 pont megszúrása a fülkagylón nem helyettesíti más addiktológiai eljárások alkalmazását, hanem komplex módon alkalmazva azokkal együtt bizonyul a leghatékonyabbnak.

A módszer előnyei közé sorolható, hogy non-verbális módszer, nincs szükség konfrontációra a beteggel, hogy a probléma gyökeréhez eljussanak. Maga a terápia gyakorlati kivitelezése kiváltja a páciens érdeklődését, odafigyelését, és bizalmat ébreszt benne. Számos jótékony hatása is ismert: relaxáns, nyugtató hatású, enyhíti az emocionális és fizikai szenvedést; stresszcsökkentő; csökkenti a drog- és alkoholéhséget; enyhíti a megvonási

tüneteket; célkitűzési képességet biztosít; javul az alvás (frissítőbbé és mélyebbé teszi az alvási fázist); javul az étvágy és erőnlét; a páciens agresszivitása csökken, együttműködővé válik; javul a páciens figyelme, emlékezete, kognitív és problémamegoldó képessége.

Kontraindikációk vonatkozásában az akudetox kiemelkedő helyet foglal el, mivel a kezelések során enyhe rosszullétek jelentkezhetnek, amik a tűk eltávolításával teljesen megszüntethetők. A módszert csoportosan alkalmazva még a csoport húzóereje is segíti a gyógyulási folyamatot.

Felhasznált irodalom

1. Hegyi G.: Természetes gyógymódok. Komplementer Medicina. K.u.K. Kiadó, Budapest, 1999.
2. Lipóczki I. (1998): Aurikulomedicina. Komplementer Medicina, 2 (5): 11–16.
3. Mills S.: Kiegészítő (komplementer) gyógymódok. Golden Book Kiadó Kft., Budapest, 1997.
4. Peszikov J.Sz., Rőbalko Sz.J.: Atlasz klyinicseszkoj aurikuloterapii (Klinikai aurikuloterápiás atlasz). Medicina Kiadó, Budapest, 1990.
5. Sztrasnij A.: Természetgyógyászat (Ép testben ép lélek). SHL Hungary Kft., Budapest, 1999.

Tanurdzsity Istvánné: Kvantumfizika, tudatos, tudat alatti gondolkodás, kommunikáció hatása az ápolásban

Tanurdzsity Istvánné akupresszőr, kineziológus, természetgyógyász

Determináltság, program

Semmi sem jön létre cél nélkül, minden teremtnak célja van. Minden embernek saját életcélja van, amihez megfelelő képességeket, tehetséget és irányítót kapott. Ez vonz abba az irányba, amivé lennünk kell. Ezt az irányt kell tartani, ha eltévedtünk, jelzéseket kapunk. Minden minket segít. Egyéni felelősség saját evolúciónk megértése, életcélunk megvalósítása. Életünk első 9 hónapjára megvan a terv, milyen szeme, haja, keze legyen, nem kell beavatkozni. Utunk további részére is ott a program, személyiségünk terve, amivé válnunk kell. Ugyanakkor életünkben a döntések során szabad akaratunk van jobbra vagy balra menni. Minden döntésben benne van a felemelkedés vagy bukás lehetősége. De dönteni kell, a bukás is tanulásunkat szolgálja. Sorsunk véletleneket hoz elénk, melyek útjelzőként segítenek a helyes választásban. Nyitottnak lenni, észrevenni a lehetőségeket, újratervezés, önmegvalósítás.

Az evolúció nem állandó, folyamatos változás, hanem hirtelen, ugrásszerű változások halmaza, köztük szünetekkel. Mintha időnként bepillantathatnánk a jövőbe, és arra készülnénk. Az evolúciós fejlődés a mai ember számára a helyes önismeret, helyes kommunikáció, a gondolat teremtő erejébe vetett hit, az agyi kapacitás nagyobb kihasználása. A gondolat teremtő erejébe vetett hitnek a gyógyulásban is óriási szerepe van. Einstein szerint semmi sincs nagyobb hatással az anyagra, mint a gondolatmező. Szerinte egy problémát nem lehet ugyanazon a szinten megoldani, amelyen előállt, vagyis új helyzethez új gondolkodás szükséges, mint annak felismerése, hogy minden új helyzet előbbre visz a fejlődésben.

Anyag és energia

Einstein szerint az anyag és energia egymással felcserélhető fogalmak. Földünket, az emberi testet, szerveket is állandóan változó, dinamikusan mozgó energiamező veszi körül. A gondolatok, az agy elektromágneses impulzusai úgy hatnak ránk, mint az elektromágneses erőterek. Az evolúció mind magasabb energiaszintek egymásutánja, így ment ez molekulától az emberig. A Földön minden energiaátalakító az univerzum számára. Az ember is, növény is, állat is. Energia = Információ és fordítva.

Az ember mozgó energiaátalakító, a piramisok, templomok, szent helyek stabil, helyhez kötött energiaátalakítók. Bizonyos időpontokban nagyobb az energiakiáramlás, ekkorra időzítik a zarándoklatokat. Legmagasabb rezgéssel a Szeretet energia rendelkezik, amikor szeretetben élsz, magasabb frekvenciákon rezegsz.

Az ember kétféle állapota: Növekedés vagy Védekezés

- **Növekedés:** Szeretet, gyors, magas rezgésű hullám. Gyakori ütközés a DNS-sel, sok esély fejlődésre, mutációkra. Szeretettel élő gyermek szépen fejlődik.
- **Védekezés:** Félelem, lassú, alacsony rezgés. Kevesebb ütközési pont a DNS-sel, kevés esély változásra, mutációkra, kevés antenna a világra (depresszív állapot).

Szeretethiányos gyermek megáll a fejlődésben. Ilyenkor kötelező megvizsgálni a gyermek környezetével való kapcsolatát. Stressz, Üss vagy fuss, fejlődés leáll, növekedés leáll, immunrendszer leáll – betegség.

A Föld és a bioszféra az embert is beleértve, egyetlen, összefüggő, élő rendszer, amely egészséges egyensúlyra törekszik. **Az egészség megrendülése** többnyire akkor következik be, amikor az egyensúlyi állapot megtörik. Az életfolyamatok fenntartásában jelentős szerepe van a sejtek egymás közötti kommunikációjának. A sejtek a sejthártyán mint membránon keresztül érzékelik a környezeti jeleket (érezékelés és reakció). Ha elakad a sejtek közötti kommunikáció, máris felborul az addigi egyensúly.

Bőrünkön fehérjeantennáink reagálnak a környezeti jelekre, az antennák szűrőként működnek, csak az antennának megfelelő jel juthat be, ezen keresztül észleljük környezetünket. Valóságunkat agyunkban teremtjük. Környezeti jelek hatására új fehérjék, gének mutálódhatnak, DNS-ünk is. A DNS a legrégebbi szerves anyag a Földön, mutációs képessége nélkül nem létezne evolúció bolygónkon a ma ismert formában. Rezgésre, környezeti jelekre rendkívüli változékonysággal reagál. Állandó kapcsolata van a közös tudatmezővel, és az univerzummal.

Egy fantasztikus, hullámzó háló részei vagyunk, állandó kommunikációban a háló többi szereplőjével. A kommunikáció minősége létünket befolyásolja, hogyan kommunikálok magammal, másokkal, hogyan reagálok a hirtelen változásokra. A betegségek nagy részét kommunikációs problémák okozzák.

Kvantumfizika, nullponti mező. Energia-, fény- és információmező.

Valamennyien részei vagyunk a nullponti mezőnek, amelyben össze vagyunk kapcsolva a kozmosz legtávolabbi részével. Kvantumrészcskék azonnali kapcsolata, távolságtól

függetlenül. Köztünk és környezetünk, illetve a mező között folyamatos interakció zajlik minden pillanatban. Mindenki a saját szintjének megfelelő információt képes feldolgozni. Az adást mindenki megkaphatja, de csak akkor képes feldolgozni, ha eléri azt a fejlettségi szintet.

Az információkat azok tudják átvenni, akik nyitottak, képesek ráhangolódni.

Szervezetünk képlékeny, anyagunk folyamatosan változik, hol részecske, hol hullám. Kísérletekben a részecskék viselkedése már a megfigyelés tényétől megváltozik. A kvantumfizika szerint a részecskék hol anyagi részecskék, hol hullámtermészetet mutatnak, folyamatosan rezegnek és elektromágneses információt hordoznak. Az elektromágneses információk továbbítási sebessége sokkal nagyobb, mint a reakciókban részt vevő vegyületeké, kb. 3 millió km/sec. A részecskék információcseréje azonnali, távolságtól függetlenül. Ha egyszer kapcsolatban voltak, mindig kapcsolatban maradnak.

Vibrációs, információs orvoslás, tudati technikák

Hullámfolyamatok a regeneráció alapjai. „A látható test ott van, ahol legsűrűbbek a kvantumhullámok.” Sejt- és szervregeneráció információs szinten. Tudati technikák. Szavak, hangrezgések, kántálás, sámánok, gyógyítók. Hangrezgések, negatív és pozitív érzelmek hatása folyadékokra, az emberi test 70%-át alkotó vízre.

Húrelmélet, ahány dallam, annyi univerzum

Steven Hawking szerint mindent a húrelmélet irányít, valóságunk hihetetlenül képlékeny. Legkisebb részecskék közül a kvarkokat húrok alkotják, melyek rezdülései más hangot, más rezgést, más részecskét hoznak létre. Balra rezdül, másik kvark jobbra rezdül, neutrínó jön létre. Akár a hegedűhúrok, melyeken végtelen számú gyönyörű zenét lehet játszani, a húrok rezgése számtalan valóságot, univerzumot teremt. Valóságainkat mi látjuk olyannak, amilyennek látni akarjuk.

Testmező, vagy morfogenetikus mező

A morfogenetikus mező információmintákkal teli energiamező. A morfogenetikus mező állítja be a rendszert és tartja fenn a test formáját, segít felépülni betegségekből, sérülésekből. Testünk minden szerve saját energiamezőjét hozza létre. Állandó információáramlás a mező és testünk között. A szív a rendszer uralkodója, ő reagál először a jelekre. Szív, agy, test a sorrend. Az összes jel, amit a szív állít elő, szabályozó jelentőséggel bír. A szív állandóan hangokat, nyomáshullámokat, hőt, fényt, elektromos, mágneses és elektromágneses jeleket bocsát ki. Hallgass a szívedre!

A betegség csak egy információhiány

Megváltoztatni azt a szemléletet, hogy a gének jelentenek megoldást minden betegségre. Ember, csimpánz ugyanaz a kb. 25.000 gén. Ugyanaz a téglá, építéshez. Információ határozza meg, a gén mit épít. A gének a külső információs rendszernek vannak alárendelve és inkább az **információra** kell figyelni, nem a génekre. Az anyag összesűrűsödött energia, az információ pedig az energia mintája. Olyan információs rendszerek kellene, melyek szabályozni tudják az elromlott információkat. A hangrezgés is információ, mely képezi, összetartja, befolyásolja a forma, az alak alapjait (hangrezgés hatása vízkristályokra).

Placebohatás, amikor az ember hite felül tudja írni saját biológiáját. A gyógyulások egyharmadának (30%) semmi köze az eljárásokhoz, csak a placebohatáshoz. Ha hiszi, hogy

meg fog gyógyulni, akkor is meggyógyul, ha csak cukorkát kap gyógyszer helyett, vagy a műtét csak színlelt volt. A gyógyulások egyharmada anélkül következik be, hogy bárki bármit tenne, azon kívül, hogy pozitívan gondolkodna a helyzetéről. Egyharmaddal csökkenthetnénk az állami kiadásokat, ha alkalmaznánk a placebohatást.

A jövő gyógymódja

Az egészségügyi ellátás krízise, a modellek kerültek válságba, a felfogásunk arról, hogy mi segíti elő, és mi eredményezi a gyógyulást. A jövő gyógymódja az információs orvoslás lesz, amely képes megragadni és helyretenni a torzult információt. A test irányítórendszere nem a génekben vagy a kémiában keresendő, hanem információkban, melyek a testmezőn, a morfogenetikus mezőn keresztül válnak hozzáférhetővé. Lehet új információt juttatni a testbe a célból, hogy jobban legyen? Gondolati mező terápia. Gyógyulások, csak azért, mert megtanuljuk, hogyan lehet kijavítani a testmezőben kialakult információtorzulást.

Tudatváltás, háziorvosi team

Tüneteket azonnal elnyomjuk, akut betegek száma csökken, krónikus betegek száma nő. Gyógyszer = pótszer, nem készíti a beteget gyógyulásra, ő áldozat, betegségtudatban. Gyógyuláshoz elengedhetetlen a belső okok tudatosítása, önismeret. A gyógyításban, ápolástudományban egyetlen cél újból harmonikus egyensúlyi állapotot teremteni. Nem lehet cél a gyógyszerektől függő, krónikus állapot fenntartása. A komplex testi, lelki, szellemi terápiák rendkívül pozitív hatással lehetnek a beteg gyógyulására, saját képességeibe vetett hitére. Időt szánni a páciensre, öngyógyító képesség segítése, a beteg tudatos részvétele a gyógyulásban. A betegnek intézményből hazatérve is segítséget kell kapnia a szükséges életmódbeli változások elvégzéséhez és fenntartásához. Prevenció és rehabilitáció sikeresebb teammunkában. Sikeres együttműködések: háziorvos, dietetikus és természetgyógyász. A természetes terápiák szerves része a belső okok feldolgozása, beteg aktív részvétele. A körzeti, családorvosok munkáját segítheti a dietetikus, természetgyógyász kiegészítő terápiákkal, gondolatvezetési, étkezési, testmozgási tanácsokkal. Étkezés-életmódváltás, mozgás-masszázsterápiák, harmonizálás, öngyógyító technikák. Életcél keresése, gyógyulási szándék, mit tehetek magamért? Már nem áldozat. Tudatos gondolkodás, ki vagyok én, hol a helyem a világban? Teammunka eredménye: Változás, tudatváltás. Betegségtudat helyett egészségtudat.

Önellátó gyógyító, regenerációs központok: Gyönyörű parkok, önfenntartó épületek, független, alternatív energiaellátás. Gyógynövénykert, fűszerek napi használatra (kínai kórház minta, szárított növények, fűszerek, teák, gyógyételek napi recept). Nyugati orvoslás és természetgyógyászat együttműködése. Rekreációs lehetőségek szabadban, pavilonokban, tai chi, jóga, chi kung, mozgás- és masszázsterápiák. Önismeret, öngyógyítás, információs, tudati technikák oktatása. Biblioterápia, könyvek, filmek, relax, zeneterápia. Egészséges testi-lelki, szellemi egyensúly visszaállítása, harmónia. Egészséges ember egyensúlyban van önmagával, fizikai, lelki, szellemi jólétében képes tolerálni a változásokat. Tolerálni, azt jelenti, helyesen értelmezni, bízni abban, hogy minden a mi javunkra történik.

Környezetünk: A körülöttünk élők hatnak ránk az energiájukkal, ember, állat, növény, tárgy, rezgésekkel kölcsönösen formáljuk egymást. Minden környezetemben lévő személy, esemény segít engem fejlődésemben. Ennek megértése után egyre inkább észre vesszük a körénk szerveződő véletleneket, melyek segítenek életcélunk megvalósításában. A világmindenség dinamikus rendszer, úgy van berendezve, hogy legerősebb vágyainkat valóra

válthassuk benne. A félelmek erősebb érzelmi töltésük miatt előbb válnak önbeteljesítővé. Az univerzum reagál a tudatunkra, de csak azon a minőségi szinten válaszol, amilyen színvonalon betápláltunk. Amikor felismerjük, kik vagyunk, mi az életcélunk, minden attól függ, mennyire tudjuk fenntartani pozitív elvárásainkat. Az újfajta tudatosság felismerések sorozatán át megy végbe. Minden újabb lépés újabb feladatokat hozva tágítja látókörünket.

Értékrendváltás és világlátásunk váltása: Napjaink globális válságai jelzik, hogy spontán változás küszöbén állunk. A válságok adják a fejlődés hajtóerejét. A válságból kivezető út magasabb tudatszintet kíván. Einstein szerint egy probléma nem oldható meg ugyanazon a tudatszinten, amelyen előállt. Emberi életünkben is válságok, döntéshelyzetek készítetnek bennünket fejlődésre. Felfedezni, alkalmazni saját teremtő erőnket, hinni benne. A beteg embernek az egészségtudat megteremtésére, fenntartására kell törekednie. Nem a betegség ellen küzdünk, hanem felismerve a betegség jelzésértékét, az egészség elérésére törekszünk.

Teremtés

Teremtek a gondolataimmal? Igen. Megteremthetem a holnapomat? Igen. Kijelentések, megfelelő érzelmi töltéssel kimondva megerősítik gondolataim teremtő erejét. Egészséges vagyok. Jól vagyok. Erős vagyok. Sikeres vagyok. Boldog vagyok.

A tudatalatti felelőssége

Tudatalattink a gondolatok és a viselkedés 95%-áért felel, a megfontolt, tudatos elme mindössze 5%-ot irányít. Hatéves korig a gyermek tudatalattija mindent letöltő üzemmódban működik, minden környezetében észlelt jelenséget rögzít, akkor is, ha látszólag csak játszik.

Hasonló helyzetben a rögzült mintát követi. Ezek a tudatalattiban rögzült programok akkor is gátolnak, amikor körülményeinket, környezetünket akarjuk megváltoztatni. A tudatalattiban rögzült negatív mintát akkor lehet feldolgozni, ha felszínre hozva tudatossá tesszük. Ezért mielőtt a világ megváltásához kezdenénk, először befelé kell tekintenünk, és saját magunkat megváltoztatni. Elérni a négy erényt: Szeretet, Tisztelet, Őszinteség, Kedvesség.

Ajánlott könyvek

James Redfield: Mennyei próféciák. Alexandra Kiadó, Budapest, 2013.

James Redfield: A tizedik felismerés. Őrizni a látomást. Alexandra Kiadó, Budapest, 2013.

James Redfield: Shambhala titka. A Tizenegyedik Felismerés nyomában. Alexandra Kiadó, Budapest, 2011.

James Redfield: Tizenkettedik felismerés. A döntés órája. Alexandra Kiadó, Budapest, 2011.

Jean Shinoda Bolen: Bennünk élő Istennők. Studium Effektive Kiadó, 2008.

Jean Shinoda Bolen: Bennünk élő Istenek. Pilis-Print Kiadó, 2007.

Könyv és film: Dr. Wayne Dyer Ambíciótól az értelemig

A gyermekgyógyászat speciális területei

Fekete Linda: A gyermekbántalmazás radiológiai profilja és jogi relevanciái

Fekete Linda képi diagnosztikai és intervencióss asszisztens, joghallgató

A családon belüli erőszak évszázadok óta eltérő mértékben ugyan, de jelen van minden társadalomban. Régen általánosan elfogadott volt, mert a nőt a férfi, a gyermeket a szülő tulajdonának tekintették, és az erőszakot egyfajta fegyelmezési módszerként értelmezték. Napjainkban az ilyen módon megjelenő agresszió nemcsak társadalmi probléma, hanem népegészségügyi is. A gyermekbántalmazás kórképe egészen a XIX. századig ismeretlen volt az orvostudományban, míg 1946-ban dr. John Caffey gyermekradiológus hívta fel a figyelmet arra, hogy bizonyos csonttörések nem balesetből, hanem bántalmazásból származhatnak.

1953-ban dr. Silvermann írta le azon csonttörések típusos röntgenjeleit, amelyek nem baleset folytán, hanem kizárólag erőszak kifejtésével keletkezhetnek. 1962-ben dr. Henry Campe: A bántalmazott gyermek szindróma (The battered child syndrome) című publikációja jelentett áttörést, ugyanis a gyermekbántalmazást önálló kórképként fogadták el. 1945-öt követően előtérbe kerültek az emberi jogokért küzdő nagy nemzetközi és európai szervezetek, csakúgy, mint az Európa Tanács és az ENSZ. Az ENSZ égisze alatt született meg az 1989-es „A gyermekek jogairól szóló New York-i egyezmény”, melynek 19. cikke rendelkezik a gyermekek elleni erőszakról. Az ENSZ szakosított intézményei közül a WHO (World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet, Genf) kiadott egy átfogó meghatározást a gyermekbántalmazásról azért, mert számos ország jog, szociális és egészségügyi rendszerében nincs egységes állásfoglalás arról, hogy mit értenek gyermekbántalmazás alatt. A definíció értelmében: „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul”.

A gyakorlatban azonban fontos különbséget tenni a tényleges bántalmazás és a bántalmazást utánzó kórképek között. Az erőszak sokféle alakot ölthet. Megjelenhet fizikai, testi, szexuális formában, és ún. csendes erőszakként is, amikor emocionálisan, verbálisan, vagy non-verbálisan okoznak károsodást a gyermeknek. A bántalmazás megítélése szempontjából mindig az összetett képet kell vizsgálni, mert a kiragadott tünetek félrevezethetnek. Gyermekbántalmazást utánzó kórkép pl. szem körüli allergiás oedema, bizonyos bőrbetegségek, az örökletes vagy autoimmun betegségek, mint a Henoch-Schönlein purpura (a hajszálerek gyulladásával járó, bőrön csalánkiütés kinézetű betegség), Ehlers-Danlos szindróma (kötőszöveti rendellenességet okozó kór), osteogenesis imperfecta (kollagén szintézis rendellenességgel járó vázrendszeri betegség). Ezek külső megjelenésükből adódóan megtévesztőek lehetnek, azonban összességében vizsgálva, a gyermek nyugodtságára, békés lelkivilágára, szülőkkel való harmonikus kapcsolatára tekintettel el kell oszlatni a kételyeket.

A fizikai abúzus a legtöbb esetben külsérelmi nyomokkal jár, melyek a fej-nyak, hát, törzs hátsó részén, végtagokon figyelhetők meg. Gyakori a harapásnyom, haematoma, égési sérülés, amit legtöbbször az égő cigaretta vége okoz. Ezeket elsődlegesen fizikális vizsgálattal

lehet megállapítani. Nem ritka elkövetési magatartásforma a rugdosás, ütlegelés, ami egy kisgyermek, csecsemő esetében hatványozott jelentőségű. Ebben az esetben a hasi parenchymás szervek, pl. máj, lép, vese rupturálódhatnak, hasúri vérzés is társulhat. Statisztikák szerint a 2-3 évnél fiatalabbak körében a parenchymás szervsérülés a második leggyakoribb bántalmazásból eredő halálok. Diagnosztikai szempontból ultrahang és CT vizsgálat indokolt. Gyermekeknél az akut (sürgősségi, azonnali) képalkotás tekintetében az MRI azért ritkább, mert viszonylag hosszú a vizsgálati ideje, és a legtöbb esetben szükség van aneszteziológiai csapat közreműködésére. Az ultrahang pozitív tulajdonsága, hogy gyors, azonnal van eredmény, és nincs sugárterhelés. Előfordulhat, azonban, hogy nem lehet kivitelezni a vizsgálatot pl. nagy mennyiségű bélgáz miatt, vagy nem nyújtott kellően informatív képet ahhoz, hogy pontosan meg lehessen ítélni a hasi státuszt. Az ultrahang mellett, vagy tőle függetlenül készülhet CT. Ez szintén gyorsan kivitelezhető, bár a sok felvétel pontos kiértékelése, némi időt vesz igénybe. A sugárterhelést ólomköténnel lehet minimalizálni.

A bántalmazásból eredő csonttörések gyakoriságát 30-50% között említi a szakirodalom. Legjellegzetesebben a hosszú csöves csontok methaphysisén, epiphyseán fordulnak elő. Az egy éven aluli csecsemőnél a femur törése mindig bántalmazás következménye. 5-15%-os arányú a bordatörés, ami súlyos traumás behatás, vagy bizonyított csontbetegség hiányában mindig fizikális erőszakra utal. A csonttörések megállapítása röntgenvizsgálattal történik. Ha a felvételen ábrázolódott fractura olyan jellegű (spirál vagy elmozdulással járó), hogy műteni kell, CT vizsgálat is történik.

A gyermekbántalmazás speciális esete a Shaking Baby Syndrome (SBS), a megrázott baba szindróma, mely az újszülöttek és a 2 éven aluli gyermekek körében gyakori. A csecsemő nagy erejű megrázása, rángatása során (ami a legtöbb esetben amiatt következik be, hogy a baba sírását a türelmét vesztett elkövető így akarja megszüntetni) élettani okok miatt az agya előrehátra „csúszkál”, és „nekicsapódik” a koponya csontoknak, mely következményeként elszakadnak bizonyos agyi vénák és végső soron subdurális haematoma keletkezik. Dr. John Caffey dolgozta ki a szindróma megállapításához segítségül szolgáló szempontokat: levertség, hányás, apathia vagy ingerlékenység, retinavérzés, illetve neurológiai tünetek jelenhetnek meg. Ezen tünetek megléte során nélkülözhetetlen a koponya CT.

Szót kell ejteni egy különleges és nehezen felismerhető abúzustípusról, a más által okozott Münchhausen-szindrómáról (MsbP). Ez az elkövető, a legtöbb esetben az anya pszichés rendellenessége, aki úgy próbál megfelelő figyelmet kapni, hogy beteggé teszi saját gyermekét különféle szerek, mérgek, néhol fizikai erőszak alkalmazásával. Így a kórházi ellátás során a figyelem központjába kerül, és nélkülözhetetlennek érezheti magát. Ismertető jegyei közé tartozik, hogy a gyermek betegsége a terápia ellenére nem múlik, ismétlődnek, sokszor a leletek nem konzisztensek sem egymással, sem a gyermek állapotával, az anya látványosan aggódalmaskodik és naprakész a betegségek körében. Diagnosztikai szempontból a tünetek háttérében rejlő fizikai elváltozás kizárása – a panaszokhoz igazodó képalkotó eljárás alkalmazása –, családi anamnézis megvizsgálása után szükséges az anya pszichés előzményeit áttekinteni a megalapozott eredmény érdekében.

Látható, hogy gyermekbántalmazással nemcsak a szociális intézményrendszer és a gyámhivatal találkozik tevékenysége során, hanem az egészségügyi dolgozó is. Munkájukat a szakma szabályai szerint végzik, melyeket törvények, jogszabályok határolnak be. A gyermekvédelmi törvény szerint (1997. évi XXXI.) az egészségügyi szolgáltatást nyújtók,

különösen a házi gyermekorvos és a védőnő gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látnak el. Számos magyar jogi norma rendelkezik a gyermekbántalmazás elleni fellépésről. Ezek közül egészségügyi szolgáltatást nyújtók tekintetében az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV.) és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény (1997. évi XLVII.) prominens, mely arra kötelezi az egészségügyi dolgozót, hogy értesítsék a gyermekjóléti szolgálatot, ha feltételezhető, hogy a gyermek sérülése, betegsége bántalmazás, elhanyagolás következménye, vagy bántalmazásra, elhanyagolásra utaló körülményről szereznek tudomást. A jelzési kötelezettség nem teljesítése maga is bántalmazó magatartásnak minősül. A magyar jogszabályok eltérő életkorokat állapítanak meg (büntethetőség 12 év, munkaviszony létesítése 14 év, házasságkötés 16 év), azonban a gyermekbántalmazás kontextusában gyermeknek minősül az a kiskorú, aki a 18. életévét nem töltötte be. Az elkövetési magatartás lehet veszélyeztetés, elhanyagolás, fizikai fenyegetés, és ezek kapcsán bizony előfordul a kórházi ellátás, mely során az egészségügyi dolgozó elvégzi a feladatait a szakma szabályainak megfelelően. Ha igazolódik a bántalmazás, az ellátó orvos értesíti a megfelelő szerveket, adott esetben látlelet készül. Ha súlyos testi sértés igazolódott, tehát 8 napon túl gyógyuló a sérülés, állampolgári kötelezettség a feljelentés, a hivatalos eljárás megindítása. Azonban ha 8 napon belül gyógyul a sérülés, könnyű testi sértés a tényállás, a feljelentés mérlegelés tárgyát képezi. A gyermekjóléti szolgálat cselekvési tervet készít, jogi és szociális információt, tanácsot ad, koordinál, segít a krízishelyzetek megelőzésében, az ismétlődés megakadályozásában.

Összegezve az elmondottakat megállapítható, hogy gyermekbántalmazás különböző formában jelenik meg, diagnosztizálása összetett folyamat. Több szerv, intézmény együttműködése szükséges a gyermek érdekeinek a védelme és jogainak érvényesítése során. Az eljárási cselekmények mindig erre való tekintettel történnek, és a gyermeket csak végső esetben emelik ki a családjából.

Felhasznált irodalom

1. Kis É.: A gyermekradiológia alapjai. http://oftankonyv.reak.bme.hu/tiki-index.php?page=A+gyermekradiol%C3%B3gia+alapjai_ptg Elérés ideje: 2014.10.05.
2. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700047.TV Elérés ideje: 2014.10.05.
3. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Elérés ideje: 2014.10.05.

Gyüre Eszter: A „gyermekbántalmazás” és a táplálkozás kapcsolata

Gyüre Eszter dietetikus, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Dietetikai Szolgálat

A gyermekekkel való rossz bánásmód, a gyermekbántalmazás és elhanyagolás nem kizárólag a mai kor jelensége, de problémává csak korunkban vált. A gyermekbántalmazás 2 nagy csoportját különböztetjük meg: az elhanyagolást és az abúzust.

A fizikális elhanyagolás a legszembetűnőbb a táplálkozástudományi szakember számára. Az elégtelen táplálás gyanúját veheti fel a súlybéli elmaradás, illetve a testi fejlettség elmaradása.

A nem megfelelő táplálás hátterében számos ok állhat, ide sorolható többek között az indokolatlan diétáztatás, indokolt diéta elhagyása, szándékos éheztetés. Érzelmi vagy szexuális abúzus hatására is megjelenhetnek különféle táplálkozási zavarok (pl. anorexia nervosa, bulimia, obesitas).

Napjainkban egyre több szülő szeretné gyermekét már egészen csecsemőkortól a **vegetarianizmus** irányelveinek megfelelően táplálni. A hús- és halételekről való lemondás minden harmadik vegetáriánusnál komoly vashiány kialakulásához vezet. Különösen kisgyermekeknél rejt komoly veszélyeket a vegetáriánus táplálkozás, mivel nemcsak vérszegénységhez vezethet, hanem befolyásolja viselkedésüket, pszichomotoros fejlődésüket is. Amennyiben a szoptató anya vegán táplálkozást folytat, az anyatejben nem lesz elegendő energia, zsír és fehérje, ami kizárólag az anyatejjel táplált csecsemő növekedésének visszamaradásához és a fertőzésveszély fokozódásához vezet. A vas és a fehérje mellett a B12-vitamin is sarkalatos pontja a vegán étrend kérdésének. Nagy mennyiségben majdnem kizárólag csak állati eredetű élelmiszerekben fordul elő, ugyan minimális mennyiségben megtalálható a savanyú káposztában, algában, de ez nem fedezi a szervezet napi szükségletét. A vegán anyák kizárólag anyatejjel táplált csecsemőit súlyos irreverzibilis neurológiai és vérképzési zavarok kialakulása, valamint a testi fejlődés elmaradása fenyegeti. Csak három évig vegán étrenden élő anyák gyermekein már 4-6 hónapos korban megmutatkoznak a B12-vitamin hiány tünetei.

A vegánokat jobban fenyegeti a jódhiány is, mint a vegyes táplálkozásúakat. Vegán nők kizárólag anyatejjel táplált csecsemőinél előfordulhat jódhiány és pajzsmirigy alulműködés. Súlyos jódhiányban fennáll a kreténizmus kialakulásának a veszélye, ami beszédfejlődési nehézségekkel és intelligenciazavarral járó kórkép. A súlyos következmények elkerülése érdekében, nagyon fontos felhívni a vegetáriánus táplálkozást folytató anya figyelmét, hogy a terhesség és szoptatás alatt feltétlenül szedjen táplálékkiegészítőt.

Vannak betegségek, amelyeket csak diétával lehet gyógyítani vagy kezelni. Ide tartozik többek között a coeliakia, diabetes mellitus vagy az egyes enzimhiányos állapotok (pl. PKU, galactosaemia). Amennyiben a szülő már csecsemőkortól nem tartja be csecsemőjénél a szigorú diétás előírásokat, súlyosan veszélyezteti gyermekét, mivel a helytelen táplálás hosszú távon maradandó egészségkárosodást okoz.

A **lisztérzékenység** az egész szervezetet érintő autoimmun betegség. Kiváltója a kalászos gabonafélékben lévő siker (glutén) egyik fehérjecsoportja, a gliadin. A lisztérzékenység leggyakoribb formájában a glutén fogyasztásának hatására jellegzetesen sérül a vékonybél

nyálkahártyája, ami súlyos emésztési és tápanyag-felszívódási zavarokat okoz. Kezelése kizárólag gluténmentes diétával lehetséges. Általában 14-18 hónapos korban jelentkeznek, de a gluténtartalmú táplálék bevezetése után 3-6 hónappal már jellegzetessé válnak a tünetek (előredomborodó, puffadt has; fáradtság; alacsony vérnyomás és testhőmérséklet; csökkent ellenállás a fertőzésekkel szemben; vékonybél nyálkahártya boholyatrophia miatt elégtelen az emésztés és felszívódás; hasmenés). Amennyiben kiderül a gyermeknél a lisztérzékenység, a gasztroenterológus dietetikushoz küldi a családot, ahol átfogó diétás tanácsadásban részesülnek. Felhívjuk a figyelmet, hogy csak garantáltan gluténmentes élelmiszereket válasszanak. Amennyiben látható a terméken az áthúzott búzakaralás embléma, akkor az bizonyítottan gluténmentes, így biztonsággal adható a gyermeknek. A gluténmentes élelmiszerek köre évente változik, így folyamatos utánajárást igényel, hogy melyik termékek fogyaszthatóak biztonsággal. A Magyar Táplálékallergia és Táplálékintolerancia Adatbank évente frissíti azoknak a termékeknek a listáját, amelyek biztonsággal fogyaszthatóak. Sajnos sokszor ennek ellenére találkozunk rosszul diétáztatott gyermekkel. Legtöbb esetben nem szándékos diétahiba okozza a rosszullétet, melynek kiküszöbölésével a gyermek újra tünetmentessé válhat. A legszomorúbb, mikor a szülő direkt nem tartja a diétát. Ezt azzal magyarázza, hogy a diéta túl drága, nincs ideje beszerezni a speciális diétás élelmiszereket és ezzel veszélybe sodorja gyermekét, akinél fennáll a másodlagos tünetek kialakulásának veszélye (pszichés zavarok, kóros fogyás, szájnyálkahártya-fekélyek, mozgásszervi panaszok, másodlagos laktóz-intolerancia, dermatitis herpetiformis, májenzimek szintjének emelkedése, zsírban oldódó vitaminok hiánya miatt csontproblémák, izomgörcsök, vérképzési zavarok, rosszindulatú adenokarcinómák kialakulásának esélye fokozottabb). Amennyiben a felnőtt coeliakiás nő nem diétázik, nehezebb számára a teherbeesés és gyakoribb a vetélés. Abban az esetben, ha a terhesség alatt nem tarja a gluténmentes diétát, nagy valószínűséggel bekövetkezik a magzat méhen belüli visszamaradása, tehát ily módon is veszélyezteti csecsemője egészségét.

Nehéz elfogadni egy szülőnek, hogy a gyermeke **cukorbeteg**. Gyakran nem tudnak a megváltoztathatatlanba beletörödni, és az alternatív gyógymódok felé fordulnak, miközben önkényesen lecsökkentik a gyermek gyógyszer- vagy inzulinadagját. Amennyiben a gyermek 1-es típusú cukorbeteg, egy életen át inzulinra lesz szüksége. A betegség kialakulásának az oka, hogy egy úgynevezett autoimmun folyamat következtében a szervezet saját inzulintermelő sejtjeit pusztítja el, amely miatt a beteget inzulininjekciókkal szükséges kezelni. A 2-es típusú cukorbetegség korábban általában negyvenéves kor felett jelentkezett, de ma már a tizenévesek és a fiatal felnőttek körében is egyre gyakrabban találkozunk vele. A betegség iránti hajlam erősen öröklődik, de a kórfejlődésben sokkal meghatározóbb az úgynevezett külső környezeti tényezők jelentősége. Ezek: mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, elhízás. Kezelésük diétával kezdődik, de hamar szükségessé válik a vércukorcsökkentő tabletták adása és a tabletták inzulininjekciókkal történő kombinálása. Tapasztalatok szerint a gyermek gyógyíthatatlan betegségének elfogadása hasonlít a gyászreakcióra: a szülő keresni kezdi a felelősöket, egyszerűen nem tud beletörödni a tényekbe és megoldásokat keres. Előszeretettel alkalmazzák a szülők cukorbeteg gyermeküknél a mostanában oly divatos paleolit diétát, nem számolva annak hátrányaival. A nagy mennyiségű hús bevitele, amit a paleolit étrendben javasolnak, fokozott fehérjebevitelt jelent, ami a cukorbetegség miatt amúgy is veszélyeztetett vesét terheli, a magas zsírtartalmú húsok fogyasztása pedig megemeli a húgysavszintet, ami köszvényhez vezethet. A diétás tanácsadás több órát vesz igénybe, melynek során megtanulja a szülő, hogy melyek azok a nyersanyagok, amik beépíthetők a gyermek étrendjébe, és melyek

azok, amiket kerülni kell. A dietetikus megtanítja, hogy milyen módon kell az egyes ételek, élelmiszerek szénhidráttartalmát kiszámítani, és a napi szénhidrátbevitelt elosztani az egyes étkezésekre. Ennek ellenére vannak szülők, akik nem számolják a napi bevitelt, rosszul választják ki a nyersanyagokat, és tiltott élelmiszerekkel is kínálják a gyermeket. A rosszul kezelt cukorbetegség számos szövődménnyel járhat, és hosszú távon a gyermek életminőségének romlásához vezethet. Korai szövődményként számolni kell a hypo-, illetve hyperglükémiával. A késői szövődmények pedig mind a nagyereket, mind pedig a kisereket érinthetik. A retinopátiával, nefropátiával, neuropátiával, érszűkülettel, szívinfarktussal, agyvérzéssel számolni kell a be nem tartott diéta késői szövődményeként.

A galactosaemia egyike a szénhidrát-anyagcsere enzimzavarainak. A galaktóz és glükóz alkotja a tejcukrot, mellyel az újszülött az anyatej megízlelésekkor találkozik először. Mindaddig nincs semmi probléma a tejcukor lebontásával, amíg a máj megfelelő mennyiségben tartalmazza azokat az enzimeket, melyek a galaktóz lebontásáért felelősek. **Galaktozémiában** a galaktóz lebontása egy enzimhiba miatt nem megy végbe megfelelően, így galaktikol (dulcit) képződik. A galactosaemia különféle formáit különböztetjük meg az enzimdefektustól függően: Gal-1-PUT defektus, galaktokinázhiány, epimerázhiány.

A leggyakoribb és legsúlyosabb esetben, a Gal-1-PUT defektusban, a szoptatás megkezdését követően 1-2 nappal súlyos májfunkciós zavarok, hányás, hasmenés, alacsony vércukor miatti görcsök, idegrendszeri károsodás, szepszis alakul ki, mely halálhoz is vezethet. Galaktokináz defektusban gyakori a kétoldali veleszületett szemlencsehomály. A kezeletlen, felnőttkort megért betegek súlyos látássérültek vagy vakok lesznek. Minden újszülöttet leszűrnék hazánkban a betegségre, így a tejtáplálás leállításával és a speciális diéta bevezetése után a tünetek többnyire gyorsan javulnak, még a cataracta is feltisztulhat. Amennyiben a szülő nem tartja be az orvos vagy dietetikus által kötelezően előírt diétás utasításokat, számos szövődménnyel kell számolnia: szellemi és beszédfejlődési zavarok, tremor, ataxia, lányoknál hormonzavarok, a normálisnál alacsonyabb IQ.

A **PKU** ritka, veleszületett aminosav-anyagcserezavar. A fenilketonuriás beteg mája egyáltalán nem vagy csak csökkent mennyiségben termeli azt az enzimet, ami a fenilalanint egy másik aminosavvá, tirozinná alakítja át. Ezt az enzimet fenilalanin-hydroxiláznak nevezzük. Ezen enzimhiány következtében ürülnek a fenil-ke-ton gyűjtőnéven összefoglalható vegyületek a vizeletben (urin). PKU esetén az emberi szervezet nem képes a fehérjetartalmú élelmiszerek lebontását a normál módon elvégezni, és a vér fenilalanin szintje kórosan megemelkedik. Az egyetlen kezelési módszer a szigorú fehérje- és fenilalanin-szegény diéta tartása egy életen át. A napi fenilalanin-bevitel 70%-át speciális fenilalaninmentes gyógytápszerrel, 30%-át pedig természetes fehérjével (alacsony fehérjetartalmú élelmiszerek) szükséges biztosítani. Csaknem minden élelmiszer tartalmaz fehérjét és fenilalanint, így a dietetikustól kapott tápanyagtáblázat alapján ezt a két értéket számolni kell, hogy a napi meghatározott fehérje és fenilalanin-bevitelt semmiképpen ne lépják túl. A magas fenilalaninszint az idegrendszer súlyos, végleges károsodását okozhatja. Így ha egy anya nem tartatja be gyermekével a diétát, a következő szövődményekkel számolhat: szellemi visszamaradás, fokozott izomtónus és reflexek, kézremegés, görcsök, pszichés zavarok. PKU-s terhesek gyermekeiben a 240 $\mu\text{mol/liternél}$ magasabb vérszint magzati károsodást okoz. Jellemzői: méhen belüli fejlődés visszamaradása, kisebb fejkörfogat, szívfejlődési rendellenességek, szellemi elmaradás.

Felhasznált irodalom

1. Decsi T.: A beteg gyermek táplálása, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2009.
2. Fövényi J., Soltész Gy.: Inzulinnal kezelték kézikönyve. SpringMed Kiadó Kft., Budapest, 2009.
3. Somogyi Cs., Kiss E., Milánkovics I.: Mi a galaktozémia? Magyarországi PKU Egyesület, Budapest, 2004.
4. Veresné B.M.: Gyakorlati dietetika. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006.

Bakacsi Katalin ápoló: Esetbemutató: a Ring-Sling szindróma egyike a ritkán előforduló veleszületett fejlődési rendellenességeknek

Bakacsi Katalin ápoló (BSc), csecsemő- és gyermekápoló, Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

„A csecsemő- és gyermekkorban oly gyakran előforduló légúti tünetek hátterében ritkán, de előfordulhatnak súlyos fejlődési rendellenességgel járó kórképek is. Ezek közül az egyik a „Ring-Sling” szindróma (vascular ring, érhurok/érgyűrű). A „Ring-Sling” szindróma egy igen ritka fejlődési rendellenesség, melynek előfordulási gyakorisága, megközelítőleg 1:100 000-hez. A vascular ring fennállásának lehetősége minden szűkületet okozó légcső- és hörgőfejlődési rendellenesség differenciáldiagnosztikájában fel kell, hogy merüljön, különösen akkor ha, a tünetek már kora csecsemőkortól megvannak.”

Bevezetés

A következőkben egy olyan ritkán előforduló fejlődési rendellenességet fogok ismertetni, melynek előfordulási gyakorisága 1:100 000-hez. Ezt a fejlődési rendellenességet *vascularis ringnek* vagy *„Ring-Sling” szindrómának* nevezik. A fent említett fejlődési rendellenesség fiú-lány közti aránya 3:2. A kórképhez gyakran társulhatnak egyéb szerveket/szervrendszereket érintő elváltozások is. Ezek a társuló betegségek a veleszületett szív- és nagyérbetegségek kb. 1–1,4%-át alkotják, de okozhatnak elváltozásokat a légzőszervrendszerben, ezen belül is főleg a tracheára kiterjedően. Továbbá károsodhat a beteg gastrointestinalis rendszere (anusatresia), vizeletkiválasztó szervrendszere (vesekárosodás), és a vázrendszere is.

Alapfogalom

VTECS= *Vascular Tracheoesophageal Compressive Syndromes*, a fogalmat 2005-ben írta le *Henry L. Walters* amerikai szívsebész. A VTECS olyan kórformák összessége, melyek hátterében olyan *érfejlődési rendellenesség* áll, amely a *légcső és/vagy nyelőcső összenyomódását* okozhatja, ami miatt *sebészeti beavatkozás* válhat szükségessé.

Ugyanakkor nem minden vascularis gyűrű okoz tünetekkel járó kompressziót, és vannak olyan éranomáliák is, melyek nem alkotnak valódi gyűrűt, de mégis légúti obstrukciót okoznak.

Esetismertetés

L.A.P. 37. terhességi hétre, 3140 gramm súllyal született, 2011.07.08.-án. Már az adaptációs időszakban mérsékelten tachypnoéssá vált, és fokozódó extra oxigénigénye jelentkezett, ezért az SZTE Női Klinika az újszülött átvételét kérte légzészavar miatt a SZTE Gyermekklinika NIC (Neonatologiai Intenzív Centrum) osztályára 10 órás életkorban.

Átvételt követően a következő vizsgálatokat végezték el: *mellkasröntgen, kardiológiai UH, testváladékokból tenyésztések, rutin vérvételek, újszülött kori szűrővizsgálatok*. Az elvégzett vizsgálatok nagy része negatív lett, de a kardiológiai UH megállapította, hogy a gyermeknek kis, 3-4 mm nagyságú VSD (*kamrai septum defectus*), kis ASD II (*atrialis septum defectus*), és kissé gracilisabb aortája van.

A felvételt követő 2. életnapon extra O₂ igénye, tachypnoéja megszűnt. Stabil, jó általános állapotban volt, táplálását cumisüvegből növekvő adagban jól tolerálta, matertől kis adagokat szopott. Az icterus neonatorum a 3. életnapra mérséklődött. Panasz és tünetmentesen szülőkkel otthonába távozott, kontroll kardiológiai vizsgálatra és csípőszűrésre visszarendelték.

Legközelebb 2011.09.13.-án került felvételre az SZTE Gyermekklinika intenzív osztályára az akkor 2,5 hónapos csecsemő. Otthonában érkezése előtt pár órával fokozottan kialakuló nehézlégzést észleltek, mely eleinte spontán rendeződött, majd később a dyspnoe, nyögő légzés súlyos formában újra jelentkezett. Osztályunkra súlyos állapotban, kifejezett dyspnoéval, de maszkon keresztül adott O₂ kezelés mellett kielégítő vitális paraméterekkel érkezett.

A megfelelő légút biztosítás és oxigenizálás érdekében a gyermeknél *azonnali intubáció* történt, és *gépi lélegeztetés* indult. Azonban az intubálás során azt tapasztaltuk, hogy az endotracheális tubust nem lehet megfelelő mélységig levezetni. A fent említett terápiákon kívül a gyermeknek biztosítva lett egy *centrális véna, melyen parenterális táplálás, folyadék- és elektrolitpótlás indult, továbbá sedato-analgesia, antibiotikum és immunglobulin kezelés is*. A klinikai tünetek alapján *bronchiolitist valószínűsítettek*, melyet a légúti váladék RSV (respiratory syncytial vírus) pozitivitása a későbbiekben igazolt.

A 4. ápolási napon állapotrosszabbodás lépett fel, ezért állapotstabilizálást követően *azonnali képalkotó (mellkasröntgen, CT) vizsgálatokat* rendeltek el. A képalkotó vizsgálat a bifurcatio felett igazolta a *pulmonalis „sling”* okozta extrém szűkületet a trachea 4 mm-es hosszán, valamint efölött a trachea 4 cm-es szakaszának szűkületét, melyet a *tracheaporcok „ring” anomáliája* okozott.

A kiterjedt trachea-rendellenességek, a folyamatosan fennálló gépi lélegeztetés és a sikertelen extubálási kísérletek miatt műtéti megoldás vált szükségessé. A *rekonstrukciós műtétre a felvételt követő 5. héten (2011.10.17.)* került sor a szívsebészeti műtőben. *A műtét során a tracheát hosszan felszabadították, majd haránt irányban átvágták. A bal arteria pulmonalist előemelve a hátsó mediastinumban tracheaplasztikát végeztek.* A következő posztoperatív időszakban a gyermek keringése egyensúlyban volt, sinusritmusát végig tartotta, láza nem volt, így a 2. *posztoperatív napon* stabil állapotban átvételre került a gyermek intenzív osztályra. A posztoperatív időszakban *hypoproteinaemia és testszerte oedema* jelentkezett, ezért *albumin és friss fagyasztott plazmapótlást* igényelt, valamint *emelt dózisú diuretikus kezelést* is. A mellkasi szívódrain a 3. *posztoperatív nap* után eltávolítottuk, ekkor a mellkasröntgen alátámasztotta, hogy a tracheális tubus megfelelő helyzetben van. Ezt követően

többszöri lélegeztetési nehezítettség miatt a gépi paramétereket emelni kellett, ezek ellenére rendszeresen észleltünk mérsékelt oxigenizációs zavarral, súlyos fokú szén-dioxid retenciával, respiratorikus acidózissal járó, elhúzódó Ambu-pumpás lélegeztetésre rendeződő rosszulleteket. A *10. posztoperatív nap* után többször próbálkoztunk extubálással, de ez mindig sikertelen volt, ezért kontrollvizsgálatokat végeztek a műtéti területéről, melyek *fibrines felrakódásokat* igazoltak, valamint *elhalásos területeket*, ezeket a fül-orr-gégész team próbálta eltávolítani és korrigálni. Néhány nappal később az ismételt kontrollvizsgálatok *fokozódó pericardiális levegőgyülemet* igazoltak, tamponád veszélye miatt a szívsebészeti team a pericardiumot becsövezte. A beavatkozások és a pozitív inotropkezelés ellenére a gyermek állapota mindössze 1 napig stabilizálódott, így 2011.11.15-én *ismételt műtéti feltárás* mellett döntöttek a tracheafal elégtelensége miatt. A második műtét során jelentkező *ritmuszavar* és *szívmegállás* miatt többször újra kellett éleszteni a gyermeket, de állapotát nem sikerült stabilizálni, ezért elvesztettük őt. A halál oka a súlyos veleszületett fejlődési rendellenesség, a posztoperatív időszakban kialakuló légzési elégtelenség következtében létrejövő szívmegállás volt.

Megbeszélés

A *vascular ring* egyfajta éranómália, mely a trachea vagy oesophagus *kompresszióját* okozza, azaz együttesen van jelen és okoz légúti obstrukciót a rendellenesen eredő és haladó érgyűrű/érhurok.

A leggyakoribb trachea- és oesophaguskompressziót okozó éranómáliák:

1. Kettős aortaív és különböző formái
2. Jobb oldali aortaív bal oldali ductussal vagy ductusköteggel
3. Jobb arteria subclavia aberráns eredése (arteria lusoria)
4. Arteria anonyma rendellenes eredése és lefutása
5. Bal arteria pulmonalis rendellenes eredése (pulmonalis hurok)

Ezek az éranómáliák a trachea- és oesophagus-szűkület *tüneteit* okozzák, melyek a következők: *stridor* (inspiratorikus, expiratorikus, kevert), mely fizikai aktivitásra fokozódik, testhelyzettel változik, *brochospasmus*, *cyanosis*, *dyspnoe*, *recidíváló pneumonia*, *nyelési nehezítettség*, *kényszerfejtartás*. Ha felmerül a *vascular ring* lehetősége, akkor a következő *vizsgálatokat* minden esetben el kell végezni: *részletes kórtörténet*, *fizikális vizsgálat*, *mellkasröntgen*, *nyeletés és kétirányú oesophagogram*, *echocardiographia*, *bronchosopia*, *mellkas CT és MR*.

A diagnózis felállításának egyik *legfontosabb alapköve* az *oesophagogram*, mely *valódi vascular ring-nél egy jellegzetes és körülírt benyomat képét* mutatja. A *bronchosopia* elvégzése azért szükséges, mert segítségével megállapítható a *szűkület helye, foka, pulzáló volta, a tracheaporcok állapota, továbbá más primer congenitalis betegségek kizárhatóak*. A *kontrasztanyag CT és MR vizsgálat* a tracheobronchialis és vascularis rendszert együttesen ábrázolja, és segítségével *háromdimenziós rekonstrukciós képek készíthetők*, melyek segítséget nyújthatnak a rekonstrukciós műtét elvégzésénél. Ha *biztossá vált a diagnózis*, a vizsgálati eredmények birtokában egyértelművé válik, hogy *életmentő sebészeti beavatkozást* kell végezni. A műtét *célja a kompresszió megszüntetése, az aortaív helyreállítása, és a szekunder malácia kialakulási esélyének csökkentése*. A műtét csak csökkentheti a tüneteket, ezért tünetmentesség nem várható.

Esetemet azért tartom közlésre érdemesnek, mert egy igen ritka és komplex kórképről van szó, éppen ezért minden olyan esetben, amikor a fent említett tünetek jelentkeznek (akár már kora csecsemőkorban), gondolni kell erre a betegségre. A korai diagnózis felállítása és a megfelelő terápia biztosítása nagymértékben javíthatja a későbbiek folyamán a beteg életminőségét.

Felhasznált irodalom

1. Huri A., Apró N., Balázsik A., Veres-Ősz K., Kádár L., Gyórfi Á., Mihályik S., Balázs Gy. (2010): Légzési elégtelenséget okozó vascular ring öt hónapos csecsemőnél. *Tüdőgyógyászat*, 4 (8): 22–27.
2. Kádár L., Huri A., Kiss G., Gyórfi Á., Löwy T., Simon N., Subicz. Á., Újszászi É. (2010): Pulmonalis hurokkal szövődött kritikus congenitalis tracheastenosis 11 hetes csecsemőnél. *Tüdőgyógyászat*, 4 (12): 22–30.
3. Horváth B. (2006): Az érgyűrűk klinikuma, diagnosztikája és terápiája. *Gyermektüdőgyógyász Továbbképzés Házi Gyermekorvosok részére*

Az előadók rövid szakmai önéletrajzai

Babarci Ágnes

Babarci Ágnes 2010-ben végzett a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán ápolóként, majd 2013-ban okleveles ápoló képesítést szerzett a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán. 2009 júliusától az SZTE Klinikai Központ II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ Hematológiai Osztályán beosztott ápolóként dolgozott, majd 2010 novemberétől autológ őssejt-transzplantációs részlegben dolgozó diplomás ápoló munkakörbe került.

2013 szeptemberétől klinikai centrum koordinátor az SZTE-ÁOK Sebészeti Klinika és az OVSZ Szervkoordinációs Iroda alkalmazásában.

Baloghné Fűrész Veronika

Baloghné Fűrész Veronika 1987-ben végzett az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnőképző Szak nappali tagozatán, Szegeden, okleveles védőnőként. 1998-ban Budapesten a Magyar Testnevelési Egyetemen vette át védőnő alapképesítésű mentálhigiénés szakember oklevelét. 2007-ben a PTE Egészségtudományi Kar okleveles védőnő szakán egyetemi okleveles védőnő végzettséget szerzett. 1987-től védőnőként dolgozott, és emellett 1992–2006 között, először gyakorlati oktatóként, majd főiskolai tanársegédként vett részt a szegedi védőnőhallgatók gyakorlati és elméleti oktatásában a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar védőnőképző szakán. 2004-től vezető védőnő Szegeden. 2007. október elsejétől jelenleg is a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Védőnői Alapellátási Egység vezető védőnőjeként dolgozik. 2010-től a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Szakdolgozói Tudományos Bizottságának tagja, 2013-tól titkára. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának megalakulása óta tagja, 2011-től a Csongrád Megyei Területi Szervezet alapellátási alelnöke.

Bakacsi Katalin

Bakacsi Katalin 2002-ben végzett a Kossuth Zsuzsanna Gimnázium, Egészségügyi Szakközépiskola és Szakképző Iskola (Szeged) csecsemő- és gyermekápoló szakán, majd 2012-ben sikeres államvizgát tett a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar ápolás és betegellátás alapszakán mint ápoló (BSc). 2002-től a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján dolgozik beosztott gyermekápolóként.

Bakosné Kopasz Szilvia

Bakosné Kopasz Szilvia 2001-ben végzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán dietetikusként. 2001 augusztusa óta a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ dietetikusa.

Barnáné Turcsoki Andrea

Barnáné Turcsoki Andrea 1988-ban végzett a Szegedi Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakiskolában általános ápolóként, majd 1989-ben felnőtt szakápoló képesítést szerzett. 1989-től napjainkig a Szegedi Tudományegyetem Kardiológiai Központ Szívsebészeti Klinikáján dolgozik beosztott ápolóként. 2004-ben szerezte meg intenzív szakasszisztensi végzettségét a Szegedi Tudományegyetemen.

Benkóné Szenteczki Magdolna

Benkóné Szenteczki Magdolna 1978-ban végzett az OTKI Egészségügyi Főiskolai Kar Dietetikai Szakán. 1978–1981-ig a Szeged MJV Kórházban dolgozott dietetikusként. 1981 óta dolgozik jelenlegi munkahelyén, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai

Központ Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás Dietetika Szolgálatánál mint dietetikus, 2008-tól mint vezető dietetikus. 1980 óta vesz részt rendszeresen az egészségügyi szakdolgozók oktatásában, képzésében és továbbképzésében, táplálkozásban, dietetikai ismeretek témaköreiben.

Boros Katalin Gyöngyi

Boros Katalin Gyöngyi 2008-ban végzett a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán ápolóként, majd 2012-ben okleveles ápoló képesítést szerzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán. 2008-tól a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztályán dolgozik ápolóként. 2013 októbere óta a Szegedi Szolgáltatási Szakképző Iskola Kossuth Zsuzsanna Tagintézményében egészségügyi szakoktatóként vesz részt a tanításban.

Borsos Ildikó

Borsos Ildikó 2006-ban végzett a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar diplomás ápoló szakán. 2007-ben a főiskolán írt szakdolgozatával Sanofi Aventis Szakmai díjat nyert. 1989 óta dolgozik Hódmezővásárhelyen a Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely–Makó Csecsemő- és Gyermeosztályán. 2008. dec. 1-től megbízott osztályvezető főnővér helyettesi beosztásban, majd 2013. júl. 1-től megbízott osztályvezető főnővérként látja el osztályos feladatát.

Bozóki Hajnalka

Bozóki Hajnalka 2001-ben végzett az SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán gyógytornászként, ez idő óta az SZTE Központi Fizioterápiás-és Rehabilitációs Részlegén dolgozik gyógytornász munkakörben. Az utóbbi 7 évben munkahelye a II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológia Központ, ahol három állandó osztályon tevékenykedik (általános belgyógyászat, kardiológia, haematológia).

Farkas Rózsa

Farkas Rózsa 1996-ban érettségizett a szegedi Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakközépiskola és Gimnáziumban és egyben megszerezte az általános ápolói és asszisztensi képesítést is. 2000-ben a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar diplomás ápoló szak nappali tagozatán végzett diplomás ápolóként. 1998-ban transfúziós tanfolyamot, majd 2003-ban asztma nővér tanfolyamot végzett. 2000-től 2003-ig a CSMÖ Mellkasi Betegségek Szakkórház Tüdőgyógyászati Tanszéken, majd azt követően a Szakkórház Kardiológiai Rehabilitációs Osztályán diplomás ápoló. 2012-től a főállása mellett a Szegedi Szolgáltatási Középfiskola és Szakiskola Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi és Könnyűipari Tagintézményének egészségügyi szakoktatója rész munkaidőben. A kamara megalakulása óta különböző tisztségeket tölt be. 2004–2006 között elnökségi tag, 2006–2011 között MESZK Szegedi Helyi Szervezetének elnöke, 2011-től a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet fekvőbeteg-ellátási elnöke.

Fekete Lászlóné

Fekete Lászlóné 1973-ban kezdett dolgozni segédnővérként a Szeged Városi Önkormányzat II. Kórházának belgyógyászati osztályán. 1977-ben a szegedi Kossuth Zsuzsanna Szakközépiskolában szerzett általános betegápolói oklevelet. 1980-ban a szegedi Rózsa Ferenc Gimnáziumban érettségizett, majd 1982-től 2000-ig a belgyógyászati osztály részlegvezető nővéreként dolgozott. 1998-ban a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán szerzett diplomás ápolói oklevelet. 2000-től a Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika Endokrinológiai és Diabetológiai Osztályának osztályvezető főnővére. Osztályvezetői

és edukatori tevékenysége mellett aktívan részt vesz a klinikán működő regionális Neuropathia Centrum és Inzulinpumpa Centrum munkájában is.

Fekete Linda Gabriella

Fekete Linda Gabriella 2008-ban végzett Budapesten a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán képi diagnosztikai és intervenciós asszisztensként. Szakmai tapasztalatait Budapesten a Péterfy Sándor utcai Kórházban, a Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban, az országos Onkológiai Intézetben, a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjában, valamint Szegeden a Diagnoscan Magyarország Kft.-nél szerezte. 2008–014-ig röntgenasszisztensként, CT-MR operátorként dolgozott. A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Területi Oktatási Bizottságának képző diagnosztikai szakértő tagja.

Győri Ilona

Győri Ilona a békéscsabai Egészségügyi Szakközépiskolában szerezte meg az általános ápoló és asszisztens végzettségét, majd felnőtt szakápoló, intenzív szakasszisztens (1986) és műtős szakasszisztens képesítést szerzett. Diplomás ápoló végzettséget szerzett a Szegedi Tudományegyetemen 2002-ben. 2005-ben gyakorlatvezetői képesítést szerzett. Ezt követően számos képesítést szerzett a természetgyógyászat területén: masszázstanok, bioenergetika, spirituális tanok, pszichotronika. 1981-ben kezdte az egészségügyben pályafutását. Munkahelyei: SZTE Szívsebészet ITO, Nemzetközi Művese Állomás Libia (Észak-Afrika), SZTE AITI Belgyógyászati ITO (Kör ITO), SZMJVÖ II. Kórház Belgyógyászat főnővér. Jelenleg az SZTE AITI Sebészeti Klinika ITO-ján dolgozik.

Gyüre Eszter

Gyüre Eszter 2009-ben végzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán dietetikusként. 2010 óta dolgozik a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Dietetikai Szolgálatánál. Fő szakterületei közé tartozik a gyermekkori táplálkozási zavarok dietetikai kezelése, valamint a veleszületett ritka anyagcserebeteggek dietetikai gondozása.

Horváth Ádám

Horváth Ádám 1981 óta a Szegedi Tudományegyetem, azon belül 1983 óta az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet munkatársa. Pécsen szerzett intenzív terápiás szakasszisztensi képesítést 1986-ban. A szegedi képzés kezdetétől fogva minden tanévben részt vesz az intenzív terápiás szakápolók, az aneszteziológus szakasszisztensek és a sürgősségi szakápolók elméleti oktatásában előadóként és gyakorlatvezetőként. Az Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar ápoló-, valamint gyógytornászhallgatói számára 1990 óta meghívott vendégelőadóként tart előadásokat, valamint gyakorlatot vezet. 2014-ben az ETSZK „Mesteroktató” kitüntető címmel ajándékozta meg.

Hasznosné Bankó Ágnes

Hasznosné Bankó Ágnes 1997-ben végzett általános ápoló és általános asszisztensként a Hugonnai Vilma Egészségügyi Szakközépiskola és Gimnáziumban Békéscsabán, majd 2001-ben OKJ szakápolói képesítést szerzett. 2005-ben végzett diplomás ápolóként a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán. Szakmai tevékenységét a békéscsabai Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet Intenzív Terápiás Osztályán kezdte, majd 1997 szeptemberétől a Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata II. Kórház; Traumatológiai Osztály, valamint sürgősségi traumatológiai ügyeleten folytatta. 2009-től 2014-ig az SZTE ÁOK, SZAKK Traumatológiai Klinikán dolgozott osztályvezető ápolóként. Jelenleg műszakvezető ápolóként dolgozik a SZTE SZAKK, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán.

2009 óta folyamatosan részt vesz az ápolóhallgatók elméleti és gyakorlati képzésében, valamint a gyakorlati vizsgáztatásban, 2012 óta pedig a sürgősségi ápoló hallgatók elméleti és gyakorlati képzésében. Megalakulásától kezdve 2013-ig a SZTE ÁOK SZAKK Szakdolgozói Tudományos Bizottság tagja volt. 2012 óta a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Oktatási Bizottságának tagja.

Hrabovszki Antalné

Hrabovszki Antalné 1988-ban végzett fizioterápiás asszisztensként. Azóta a CSMEK fizioterápiás asszisztenseként dolgozik. Egy évet dolgozott a kórház onkológiai osztályán ápolónőként, majd 2 évet a kakasszéki gyógyintézetben, ezt követően újra a fizioterápiás szakrendelésen. Járóbetegellátás szakmai koordinátorként dolgozott a fizioterápia mellett 2004-től 2014-ig. 2014-ben sikeres fizioterápiás szakasszisztensi vizsgát tett.

Irinyi Tamás

Irinyi Tamás az SZTE Pszichiátriai Klinika munkatársa 1990 óta. 1992-ben ápolói végzettséget szerzett, majd pszichiátriai ápoló és gondozót, diplomás ápolót, egyetemi okleveles ápolót, illetve egészségügyi gyakorlatvezetőt. 1995-től részt vesz az egészségügyi szakdolgozói elméleti és gyakorlati képzéseiben és továbbképzéseiben. Magyar Ápolási Egyesület Pszichiátriai Tagozatának a megalakításában részvétel; 2004 óta MESZK megyei elnök; Ápolás szakmai kollégium tagja volt; 2010. október 25-től a Szegedi Tudományegyetem Szenátusának tagja. 1999-ben a SZOTE-n az „Az év oktatója” címet; 2011-ben „Oktató Ápoló” címet kapta. 2012-ben a Pro Sanitate kitüntetésben részesítették. 2015-től a Szegedi Tudományegyetem Mesteroktatói kitiüntető cím birtokosa.

Ivánkovits László

Ivánkovits László 1998-ban végzett a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán ápolóként, majd 2007-ben a Semmelweis Egyetemen mentőtiszt szakon. ALS Provider. A MESZK Mentésügy Tagozatvezetője. 2014-ben okleveles ápoló képesítést szerzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán. 1992-től 98-ig az OMSZ Csongrád Megyei Mentőszervezet, Szeged Mentőállomásán teljesített szolgálatot, majd 1998-tól 2012-ig a mórhalmi Mentőállomáson állomásvezető. 2013-tól az OMSZ Főigazgatóság HR Osztályán burnout team kutatási területen dolgozik.

Kaszás Imre

Kaszás Imre 1994-ben végezte el az alapfokú Röntgenasszisztensi Szakiskolát Budapesten a Szentágotthai János Egészségügyi Szakközépiskolában, majd 1998-ban ugyanitt a képi diagnosztikai szakasszisztensi tagozatot. A radiológiai szakma szinte minden részét végigjárta. Jelenleg a DIAGNOSCAN Magyarország Kft. szegedi telephelyén CT-MR-képkalkotással foglalkozik. 2012-től kinevezték szakoktatónak a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán. Tér- és Metszetanatómia, Kontrasztanyag ismeretek és CT-MR-képkalkotás tantárgyakat oktat jelenleg is képi diagnosztikus és intervenciós hallgatóknak.

Kiszel Attila István

Kiszel Attila István a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet I-es részlegének profilvezető ápolója. Középiskolába a békéscsabai Hugonnai Vilma Egészségügyi Szakközépiskolába járt. Munka mellett felnőtt szakápolói és intenzív betegellátó szakápolói szakképesítést, Egészségtanári és BSc ápoló végzettséget szerzett. Több mint 10 éves beosztott ápoló munkakör betöltése után, 2005-től az OKJ ápolók, diplomás ápolók, intenzív betegellátó szakápolók, aneszteziológiai szakápolók, sürgősségi szakápolók gyakorlati képzésében vesz részt. 2011. január 1-től látja el

egy sebészeti profilú intenzív osztály profilvezető ápoló tisztjét. 2011. december 8-tól a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Szeged helyi alelnöke. 2013. május 22-én megkapta az Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Kiváló ápoló díját.

Kojnok Tünde

Kojnok Tünde 1990-ben végzett általános ápoló és asszisztensként, majd ápolóként kezdte a szakmai pályafutását. Számos egészségügyi területen szerzett tapasztalatokat (sebészet, belgyógyászati, szívsebészeti intenzív osztály, otthoni szakápolás), majd szakoktatóként adta át megszerzett tudását az utánpótlásnak. Folyamatosan bővíti tudását, hospice szakápolói, aneszteziológiai és intenzív terápiás szakápolói OKJ-s bizonyítványt, valamint ápolóként, egészségтанárként diplomát szerzett. Visszatért a betegség mellé, jelenleg intézetvezető főnővérként hasznosítja tudását. Főbb feladata a mindennapi feladatok ellátása mellett a minőségfejlesztés, költségvetés javításában való részvétel. Jelenleg a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar egészségügyi menedzser szak mesterképzésének hallgatója. Az oktatástól sem távolodott el, vizsgálónökként, szakértőként is tevékenykedik.

Korbay Istvánné

Korbay Istvánné 1970-ben szerzett csecsemő- és gyermekápoló képesítést Szegeden a Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakiskolában, majd 1996-ban a szegedi József Attila Tudományegyetem Jogi Karán elvégezte a poszt graduális egészségügyi közgazdász szakot. Végül a Kossuth Zsuzsanna Gimnázium, Egészségügyi és Könnyűipari Szakképző Iskolában 2009-ben megszerezte az OKJ-s hospice szakápoló és koordinátor végzettséget. 1970–1974 között a Szeged Városi Kórház Fertőző Osztályán ápolónőként dolgozott. Az otthoni szakápolási szolgálatot 1996 óta vezeti. Előbb egyéni vállalkozóként, 2006 óta a szolgálat betéti társaság formájában működik, OEP finanszírozásban, 24 munkatárssal.

Kubányi Jolán

Kubányi Jolán 1979-ben a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar Dietetikai Tanszékén diplomás dietetikusként, majd 2013-ban okleveles táplálkozástudományi szakemberként a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán szerzett képesítést. Szakmai tevékenységét a budapesti Kútvölgyi Kórházban kezdte meg, majd 1991-ben alapító tagja volt a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének (MDOSZ), ahol 8 évig főtitkárként, majd ezt követően elnöki pozícióban dolgozott. 2005-től a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetében alelnöki feladatot látott el, ezzel egyidőben 2009-ben az újonnan létrehozott Dietetikai, Humán Táplálkozási Szakmai Kollégium elnöki teendőit végezte. 2012-től ismét az MDOSZ elnöki funkcióját tölti be.

Kun Judit

Kun Judit 1975-ben végzett a Budapesti Állami Diétásnővérképző Iskolában, majd 1985-ben a Budapesti Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Dietetika Szakán szerzett diplomát. A képzések idején 1974-től 2007-ig a hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház Élelmezési Osztályán diétás nővérként, majd dietetikusként, 1995-től élelmezési osztályvezető dietetikusként dolgozott. 1999–2007 években a Békéscsabai Regionális Képző Központ megbízásából dietetikát és háztartástant oktatott szociális területen dolgozó hallgatók számára. 2007-től Dr. Csernai Katalin Háziorvosi, Otthonápolási és Szolgáltató Kft. dietetikusa.

Lada Szilvia

Lada Szilvia 2009-ben végzett a Semmelweis Egészségtudományi Kar Dietetikai Tanszékén dietetikusként, majd 2013-ban a Semmelweis Egyetem és a Corvinus egyetem közös képzésén táplálkozástudományi mesterképzésben részesült. 2008 óta a Szegedi Tudományegyetem

Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás Dietetikai Szolgálatának tagja. 2014. márciustól a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Dietetikai Tagozatának vezetője.

Lehóczki Bettina

Lehóczki Bettina 2008-ben végzett a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar dietetikus szakán. 2008 óta a Szegedi Tudományegyetem Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóságán dolgozik.

Lévainé Bodrogi Klára

Lévainé Bodrogi Klára 1988-ban végzett Szegeden a Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakközépiskola gyógyszerértékesítési asszisztens szakán. 1999-ben Sopronban az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetben gyógyszerellátási szakasszisztens képesítést szerzett. 2003-tól 2006-ig Szegeden az SZTE JGYTF-en egészségnevelési képzésen vett részt. 1986-1988-ig a SZOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézetében, 1993-ig Békés megyében dolgozott gyógyszerértékesítési asszisztensként. 1993-tól 2008-ig az SZTE ÁOK Új Klinika Gyógyszerellátási szakasszisztensként dolgozott. 2008 tavaszától expedíós szakasszisztensként dolgozik közforgalmú gyógyszerértékesítésben.

Lókiné Farkas Katalin

Lókiné Farkas Katalin 2001-ben végzett a Szegedi Tudományegyetem Természettudományi Kar vegyész szakán. A diploma megszerzése után a Laboratóriumi Medicina Intézet munkatársa lett. 2009-től a kémiai és immunkémiai paraméterek automatikus validálásának beállításán dolgozik. 2010-ben a Pécsi MLDT 55. Nagygyűlésén HIVDA-díjat kapott a Szubjektív és objektív validáló rendszerek összehasonlítása, az autovalidálás bevezetésének munkafolyamatai c. poszteréért. 2011-ben a MESZK felkérésére tartott előadást „Az autovalidálás alapjai” címmel.

Mracskó Valéria

Mracskó Valéria 1982-ben kezdett el dolgozni a Gyermekklinika Intenzív Osztályán általános ápolóként, 1984-ben végezte el a gyermekápolói szakosítót, majd 1995-ben lett gyermekintenzív szakápoló. Ezt követően 1996. november 1-től a Intenzív Osztály főnövére, közben elvégezte az Egészségügyi Főiskola diplomás ápolói szakát, 3 év múlva pedig az egészségügyi gyakorlatvezetői szakot. Folyamatosan oktatja a gyermekápoló-hallgatókat gyakorlataik során, a diplomás ápolókat, védőnőhallgatókat és a sürgősségi szakápolókat. Rendszeresen tart előadásokat kongresszusokon, melynek száma mára már 24. Felkért előadásokat is tartott, illetve 3 éven keresztül (2002, 2007, 2012) a gyermekintenzív szakápolói képzés szakápolás részének felkért elméleti előadója, illetve gyakorlati vezetője volt.

Dr. Németh Anikó

Dr. Németh Anikó 2001-ben végzett a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán ápolóként, majd 2005-ben okleveles ápoló képesítést szerzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán, ahol 2013 decemberében sikeresen megvédte PhD-értékelését is. 2001-től 2010-ig a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján dolgozott beosztott ápolóként. 2008-2009-ben otthoni hospice ápolásban is dolgozott, 2009-ben hospice szakápoló és koordinátor képesítést szerzett. 2009 augusztusa óta a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán oktat egészségpedagógia, egészségfejlesztés, kutatómunka és statisztika tantárgyakat védőnő, dentálhigiénikus, ápoló- és gyógytornászhallgatók számára. Számos hazai kongresszuson tartott előadást, tudományos folyóiratokban megjelent publikációinak száma magyar nyelven 32, angol nyelven 1, illetve egy tankönyvfejezet orosz nyelven. 2014-ben kezdeményezte a Hospice szakápolásban c. könyv megírását, melynek szerkesztője, és egy könyvfejezet megírója

(Medicina Könyvkiadó Zrt 2015.). A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának megalakulása óta tagja, 2007 júniusa óta a Csongrád Megyei Területi Szervezet Területi Oktatási Bizottságának elnöke.

Dr. Orvos Hajnalka

Dr. Orvos Hajnalka a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán 1982-ben „summa cum laude” minősítéssel végzett, 1986-ban csecsemő- és gyermekgyógyászat, 1992-ben neonatológia szakvizsgát tett. 2001-ben szerzett PhD-fokozatot, 2008-ban habilitált. 1982-ben a Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájának klinikai orvosa lett, 1988-ban tanársegédnek nevezték ki. 1992-től dolgozik a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján, kezdetben tanársegédként, majd 1998-tól osztályvezető adjunktusként, 2002-től egyetemi docensként, 2011-től egyetemi tanárként. A Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karán 2005-ben orvos-közgazdász, 2006-ban egészségügyi menedzsment szakértő szakirányú szakképzettséget szerzett.

Dr. Petrovéné Ráti Lilla

Dr. Petrovéné Ráti Lilla 1987-ben végzett az Ungvári Egyetem Kémiai Tanszékének analitikusaként és vegyész mérnök – középiskolai tanár képesítést szerzett. Természetgyógyászatot az 1990-es évek óta foglalkozik. 1998-ban az ETI-ben (Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet) sikeres vizsgát tett és fitoterapeuta képesítést szerzett, majd ugyanitt 1999-ben fülakupunktúrás addiktológiai és életmód tanácsadó és terapeuta képesítést kapott. Szegeden 1993 óta dolgozik természetgyógyászként, és jelenleg is a Bioklinika 2001 Bt.-nek az ügyvezetője, ahol természetgyógyászati magánrendelés keretén belül kezeléseket végez. 2014-ben a MESZK Csongrád Megyei Szervezete kitüntetésben részesítette kiváló munkájáért.

Rácz Szilvia

Rácz Szilvia 1990-ben végzett gyógyszerértári asszisztensként a szegedi Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakiskolában. Asszisztensként, majd orvoslátogatóként dolgozott. 2004-től a SZGYA Klinikai Központ Központi Gyógyszertárában dolgozik gyógyszerértári asszisztensként. 2006-ban elvégezte a gyógyszerellátási szakasszisztensi képzést a budapesti Szentágothai János Szakképző Iskolában. 2007-től mint vezető asszisztens folytatja munkáját a Központi Gyógyszertárban. Szintén 2007-ben segédkezett a Magyarországon elsőként létrehozott citosztatikus keverékinfúziókat gyártó laboratórium beindításában. 2014-ben Pro Curatio Valetudine díjat kapott a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezetétől.

Rácz Zsuzsanna

Rácz Zsuzsanna 2002-ben végzett a Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán, pszichológia szakon. 2008-ban szerezte meg felnőtt klinikai szakpszichológusi szakképzettségét a Semmelweis Egyetemen. 2002-től dolgozott a SZMJVÖ Járóbeteg Szakrendelő Pszichiátriai Szakrendelésén, 2008-tól a Szegedi Tudományegyetemen, a Pszichiátriai Klinika Járóbeteg Szakrendelésén.

Rónyai Edit

Rónyai Edit 1995-ben végzett a SZOTE Főiskolai Karán gyógytornászként, majd 2001-ben humánkineziológus képesítést szerzett a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Karán. 1995-től gyógytornászként dolgozik a SZTE SZAKK Ortopédiai Klinika Központi Fizioterápiás Részlegén, 2010-től vezető gyógytornász-helyettes. 2009-től 2011-ig tagja volt a Gyógytorna-fizioterápiai Szakmai Kollégiumnak, 2011-től a Mozgásterápia, Fizioterápia Kollégiumi Tanácsnak. 2006–2013 között a Magyar Gyógytornászok Társasága Csongrád megyei szervezetének elnöke.

Sütő Dávid

Sütő Dávid 2008-ban végzett a Szegedi Tudományegyetem Természettudományi és Informatikai Karán klinikai kémikusként. 2008 decembere óta a Szegedi Tudományegyetem Laboratóriumi Medicina Intézetében dolgozik klinikai kémikusként. Preanalitikai részlegvezetőként, informatikai felelősként és POCT koordinátorként aktívan részt vesz az orvosi laboratóriumi munkafolyamatokban. 2011-ben a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet felkérésére tartott előadást a preanalitika témaköréből.

Dr. Sántháné Dr. Araczkai Ágnes

Dr. Sántháné Dr. Araczkai Ágnes 1995-ben végzett a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. Végzés után közvetlenül az egyetem Központi Kémiai Laboratóriumában, a későbbi Laboratóriumi Medicina Intézetben kezdett el dolgozni. 2000-ben szerzett szakvizsgát klinikai laboratóriumi vizsgálatokból. Főbb tevékenységi területe az intézeten belül az immunkémia (onkológiai, endokrinológiai, toxikológiai vizsgálatok), pre- és posztanalitikai folyamatok, minőségbiztosítás. Részt vesz az egyetemen zajló klinikai vizsgálatok, laboratóriumi vizsgálatokat érintő szakmai felügyeletében. Tagja a Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaságnak.

Szekerczés Norbert

Szekerczés Norbert 2009-ben végezte el az SZTE JGYPK egészségтанtanár szakot, majd 2011-ben ápoló szakképesítést szerzett, 2012-2013-ban pedig ETI természetgyógyászati szakvizsgát tett fülakupunktúrás addiktológus és alternatív mozgás masszázsterapeuta szakokból. Jelenleg a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon dolgozik beosztott ápolóként, de mellette magánvállalkozásában végzi a megelőző-gyógyító munkát tanácsadó-terapeutaként.

Szupera Enikő

Szupera Enikő 1988-ban végzett az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnő Szakán okleveles védőnőként. Egyebek mellett okleveles csecsemőmasszázs-oktatói és szülésre felkészítő végzettséggel rendelkezik. 1988-1989-ig az SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán intézeti védőnőként, 1989-től 1992-ig Kisteleken, majd 1992-től 2011-ig Szegeden vegyes körzetben dolgozott területi védőnőként. 2012 óta ifjúsági védőnőként tevékenykedik az SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Védőnői Alapellátási Egységénél.

Tanurdsity Edit

Tanurdsity Edit természetgyógyász tanulmányait 2002-ben kezdte. Természetgyógyász végzettségek: 2005 természetgyógyász akupresször képzés (ETI) (Holisztikus Oktatási Központ); 2007 természetgyógyász kineziológus képzés (ETI) (Holisztikus Oktatási Központ). Tanfolyamok: 2004 Radiesztézia tanfolyam; 2004 Magnetfeld-Therapie; 2005 Kínai masszáz; 2005 Bioenergetika tanfolyam; 2006 Brain Gym I-II. kineziológia tanfolyam 2006 Voll-Elektroakupunktúra tanfolyam; 2007 Thai masszáz tanfolyam; 2008 Balla tradicionális hangtál terápia tanfolyam; 2008–2009 Alternatív pszichológiai és parapszichológiai képzés; 2008 Transzkulturális ápolás; 2009 Atlantiszi számmisztika tanfolyam; 2010 Nemzetközi Metafizikai Akadémia 1 éves képzés; 2010 Silva Mind Control; 2010 Ultra agykontroll tanfolyam. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának 2007 óta tagja, 2011 óta a Természetgyógyász tagozat országos vezetője. A Kamarában minden évben lehetősége van továbbképzések szervezésére, más szakmai tagozatokkal közösen is. Számos előadást tartott természetgyógyászat témakörében.

Tápainé Szabó Anikó

Tápainé Szabó Anikó 1990-ben végzett dietetikusként Budapesten az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán. 1990–2012 között a hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórházban terápiás dietetikusként dolgozott. 2012-től a Suli-Host Kft. dietetikusa, a közétkeztetésben hasznosítja szakmai tapasztalatait.

Tóthné Restár Tünde

Tóthné Restár Tünde 2001-ben végzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán dietetikusként. 2002. február óta a Szegedi Tudományegyetem Dietetikai Szolgálatánál dolgozik terápiás dietetikusként.

Varga Csabáné

Varga Csabáné 2003-ban végzett fogászati asszisztensként, majd 2009-ben klinikai fogászati higiénikusként az SZTE ÁOK Szak és Továbbképzési Központjánál.

Munkáját a Szegedi Orvostudományi Egyetem Sebészeti Klinikáján kezdte 1988-ban, 1997-ben a Szegedi Tudományegyetemen végzett műtős szakasszisztensként. 2003-tól magánrendelőben dolgozott, majd 2013-tól a Szegedi Tudományegyetem Arc-, Állcsont és Szájsebészeti Klinikáján dolgozik klinikai fogászati higiénikusként. Aktívan részt vesz a fogászati asszisztensek képzésben és vizsgáztatásában.

Vecsernyés Erzsébet Erika

Vecsernyés Erzsébet Erika 1990-ben szerzett általános ápoló és általános asszisztens képezést a Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi Szakközépiskolában Szegeden. 1991-ben szülésznői szakosító tanfolyamot végzett ugyanitt. 1998-ban a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Főiskolai Karán diplomás ápolói oklevelet kapott. 2010-ben a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karán egészségügyi menedzsment szakértői posztgraduális képezést szerzett. 1990 óta folyamatosan a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik. 1990-től 1998-ig az SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján szülésznőként, majd 1998-tól diplomás ápolóként, főnővérként a Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórházában és ugyanitt 2000-től 2012-ig ápolási igazgatóként dolgozott. Több éven keresztül óraadóként részt vett az SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszékén az ápolásmenedzsment gyakorlati ismereteinek oktatásában, emellett rendszeresen közreműködik az ápolóképzés záróvizsga bizottságainak a munkájában. A fekvőbeteg-ellátási területen kívül tapasztalatokat szerzett az otthoni szakápolási szolgálat munkájában is. 2002 óta tagja a Magyar Tüdőgyógyász Társaságnak, 2009-től a Szakdolgozói Szekció elnöke, 2012-től a MTT Társult Egyesületének az alelnöke. 2012. szeptember óta az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet ápolási igazgatója.

Absztraktok

Sürgősségi betegellátástól a rehabilitációig

Banga Béla Erik: A SZMJVŐ Kórház sürgősségi betegellátó osztály betegadminisztrációjának minőségbiztosítási változásai a 2003-as megnyitás óta, tapasztalatok, jövőbeni tervek

Banga Béla Erik: SZMJVŐ Kórház, Sürgősségi Betegellátó Osztály

A szegedi II-es Kórházban 2003-ban debütált a régi ambulanciák után először Betegellátó Helyként, majd Osztályként az SBO. Az osztály az első időkben gyakorlatilag nem rendelkezett a betegek azonosítására, szolgáló az orvosi és ápolási szükségleteihez alkalmazkodó, elképzeléssel, módszerrel. A szakdolgozói létszám bővülésével, a külső kívánalmaknak megfelelően és saját hibáin okulva születtek meg fokozatosan a Kórházban és az SBO-n a megfelelő adminisztratív módszerek, alkalmazható rendszerek. Bevezetésre került a „Megfigyelő lap – Ápolási Dokumentáció, a Kórtermi Lista”, a karszalag, az új kórházi szoftver, majd végül a „Triage Lap” és a triage-rendszer bizonyos elemei. A Kórház túl van az ISO minősítési rendszer bevezetésén, és a minősítés során az SBO dicséretet kapott a kialakított adminisztrációs rendszerére, jelenleg az EÜ Minisztérium kérte az egységes ápolási dokumentációk kialakítási mintáihoz. E változások fogadtatásáról, alkalmazásáról osztjuk meg tapasztalatainkat a tisztelt kollégákkal.

Török Jánosné: Folyamatosan képzett ápolótól minőségi munka várható

Török Jánosné: Dr. Bugyi István Kórház Szentés, Pszichiátriai Osztály

A szakápolók nemzetközi szervezeteiben egyre hangsúlyosabb törekvés tapasztalható a széles körben alkalmazható szemlélet kialakítására, valamint a széles körben alkalmazott tudás biztosítására. Ez különösen aktuális kérdés, ha az EU-csatlakozásra gondolunk. A gyakorlatorientált képzési forma minden területen jól alkalmazható. A képzés elismerése természetesen függ a vállalatpolitikától. A közép- és hosszú távú képzések a dolgozók teljesítményét lényegesen növelik, és a minőséget biztosítják. Szeretnénk elérni, hogy minden munkatársunk rendelkezzen azzal a kvalifikált tudással, mellyel képes megfelelni az ápolói szerepnek az aktív, a krónikus betegellátásban, valamint a rehabilitáció területein. Tehát olyan ápolást tudjon nyújtani, mely a betegek és önmaga számára elégedettséget nyújt.

Az újraélesztés aktuális kérdései

Dr. Kiss Judit: Etikai és jogi szempontok az újraélesztés során

Dr. Kiss Judit: SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Fontos szempont a betegek kezelése során, hogy a szakmai szabályok mellett a vonatkozó jogi előírásokat és etikai alapelveket is figyelembe vegyük. Mivel mindezek paralel teljesítése sokszor nehéz döntések meghozatalával jár, nemcsak a kezelőorvos, de a szülők és a beteg részéről is, ezért előadásomban fontosnak tartom a vonatkozó törvényi szabályozás áttekintését és az etikai irányelvek összefoglalását.

Az egészségügyi ellátást Magyarországon a 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről és a 117/1998. (VI.16.) Kormányrendelet egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes

szabályairól határozza meg. A törvényi előírások alkalmazása során sokszor nehéz egyeztetni a beteg önrendelkezéséhez való jogát és az élet védelmének a jogát.

A gyermekgyógyászati ellátásban a legtöbb esetben cselekvőképtelen betegekkel kerülünk kapcsolatba. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény a cselekvőképességet kizáró vagy korlátozó gondnokság alá helyezett nagykorú, valamint az életkora miatt cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes gyermekekre vonatkozóan mind az egészségügyi beavatkozás jogát, mind a beavatkozás megtagadásához való jogot differenciálás nélkül együtt szabályozza. Amennyiben cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén az ellátás visszautasítására kerül sor, az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

A fentiekben felsorolt törvények és jogi előírások betartása során a legfontosabb, hogy magas szintű etikai és szakmai elvárással, mindig a beteg érdekét első helyen figyelembe véve végezzük munkánkat.

Lunk Henrietta: Magyar Resuscitációs Társaság 2006. évi felnőtt alap szintű (BLS) és emelt szintű (ALS) újraélesztési irányelvei

Lunk Henrietta: Szegedi Tudományegyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

A folyamatos oxigénellátás szervezetünk minden sejtjének életéhez szükséges, a külvilágból oxigént felvevő légzés és az oxigént a sejtekhez szállító keringés ezért alapvető vitális funkció. Az egyes szervek sejtjei az oxigénhiányt nem egyformán tűrik, legérzékenyebb a központi idegrendszer. Ha az agy oxigénellátása szív megállás következtében hirtelen megszűnik, néhány másodperc alatt eszméletvesztés következik be, egy percen belül abbamarad a légzés, és 3-4 perc után végleges lesz a károsodás, mert az agykéreg sejtjei anoxia miatt elpusztulnak.

A légzés és keringés újra megindítása a klinikai halál állapotában az újraélesztés (resuscitatio, reanimatio). Az előadás magába foglalja a keringés megállásának felismerését, a légzés és keringés mesterséges fenntartásával kapcsolatos tudnivalókat, terhesek cardiopulmonalis resuscitációját, vízbefúttak ellátását, valamint a hypothermiás beteg újraélesztését. Továbbá az előadó vázolja a reanimáció-s team megérkezéséig végrehajtandó teendőket.

Szakedolgozói teammunka a cukorbetegség ellátásában

Pál Irén Veronika: A diabetes mint cardiovascularis kockázati tényező szakedolgozói szemmel
Pál Irén Veronika, Szabados Ferencné: SZTE ÁOK Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szívsebészeti Osztály

Bevezetés: A szekunder prevenció jelentősége az egészségügyi szakedolgozók szemszögéből.

Vizsgálat célja: A nem megfelelően kezelt diabetes napjainkban is igazi veszélyt jelent a szív- és érrendszeri szövődmények kialakulásában. A betegek teljes körű tájékoztatásához az orvosi felvilágosítás mellett hasznosak lehetnek a szakedolgozók prevenció tanácsai is.

Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy a szívkoszorúér-műtéttel operált cukorbetegek milyen ismeretekkel rendelkeznek betegségükkel kapcsolatban. Az esetleges ismerethiány hátterében milyen okok állnak?

Kutatási módszerek: Kutatásunkban a Szegedi Tudományegyetem Szívsebészeti Osztályán fekvő szívkoszorúér-műtéttel operált cukorbetegek és szakápolók vettek részt.

Felmérésünkhöz anonim önkitöltős tesztlapokat osztottunk ki a betegeknek, ami 30 kérdésből állt. A válaszokból tudtunk következtetni a betegek tájékozottságára a betegségükkel kapcsolatban. Fontos volt megtudnunk azt, hogy milyen lehetőségei vannak egy ápolónak arra, hogy segítse és felvilágosítsa a diabéteszes betegeket. Összesen 25 szakápoló és 80 cukorbeteg segítette munkánkat.

Eredmények: A kapott adatok alapján megállapítottuk, hogy a betegek magas százaléka ismeri és tudja, hogy mit jelent betegsége. Alacsony százalékban mutatható ki azon betegek száma, akik nem mutatnak érdeklődést betegségük iránt.

Szakápolóink válaszaiból kiderült, hogy minden lehetséges támogatást megadnak a betegeknek (pl. a betegek tájékoztatása a dohányzás, mozgás, diéta, az egészséges életmód kérdéseiben).

Következtetések: Vizsgálataink során azt találtuk, hogy a betegeket is érdekli a velük kapcsolatos várható szövődmények lehetőség szerinti elkerülése, és társadalmunk több területe is segíti a cukorbetegeket felvilágosítással, tanácsadással.

Illésné Pál Erzsébet: A cukorbetegség szövődményei, a cukorbeteg oktatásának fontossága
Illésné Pál Erzsébet: SZTE ÁOK Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika

A diabétesz olyan idült megbetegedés, melynek sikeres kezelése maximális mértékben igényli magának a betegnek az aktív közreműködését is. Sokoldalú összetett kezelésre, gondozásra van szükség ahhoz, hogy a cukorbetegség ne váljék évek-évtizedek múltán súlyos, szövődményei révén az életet megnyomorító és jelentősen megrövidítő betegséggé.

Előadásomban beszélni szeretnék ezen szövődmények korai felismeréséről, illetve arról, hogy mit kell a betegnek elsajátítania annak érdekében, hogy ezek a szövődmények minél később alakuljanak ki.

Az ismereteket a betegségéről, szövődményeinek késleltetéséről egyrészt megfelelő könyvekből és kisebb kiadványokból, másrészt az őt gondozó orvosból, dietetikusból, ápolónőből álló munkacsoport által sajátíthatja el. Fontos arra helyezni a hangsúlyt, hogy a diabétesz szakszerű és gondos kezelésével az élet teljes lehet, a szövődmények részben megelőzhetőek.

Az előadó kitér hypoglikémiás tünetek felismerése, valamint a mikro- és makroangiopátiás szövődményekre, és azok vizsgálati módszereire. A szakdolgozó független feladata diabéteszes láb teljes körű gondozása, ápolása. Ismertesre kerül a beteg tájékoztatás a gyakorlatban, hogyan valósul meg.

Kissné Galamb Julianna: Az inzulinpumpa szerepe a diabetes szövődményeinek megelőzésében

Kissné Galamb Julianna: Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza
Hazánk egyik legfontosabb népegészségügyi problémája a diabetes. A szövődmények gyógykezelése az egészségügyi kasszát és az egyént egyaránt megterhelik anyagilag, ezért jelentős fontosságú a prevenció szerepe. A micro-, és macrovascularis szövődmények kialakulása a betegség előrehaladtával sajnos determinált, de a manifesztáció időpontja kitolható normoglikémiával. Nagy nemzetközi tanulmányok (DCCT, UKPDS) tanúskodnak a normoglikémia szerepéről a szövődmények megelőzése terén. A jelenleg alkalmazott inzulinkezelési sémák közül az inzulinpumpás kezeléssel érhető el a legfiziológiásabb adagolás és ezáltal a legideálisabb anyagcsere. Hazánkban 1998-ban jelent meg először az inzulinpumpa forgalomban, jelenleg 1100 beteg visel pumpát.

A pumpa egy telefonkártya méretű kis elektronikus eszköz, amelyet tartós elemmel működő elektromotor hajt. Előre beprogramozott módon, egy vékony, teflonbevonatú kanülön keresztül adagolja az inzulint a beteg bőre alá, 3 percenként, naponta 480 alkalommal. Az inzulinpumpával egy olyan eszközt adunk az egyén kezébe, mellyel kellő odafigyeléssel hosszú távon biztosítható egy rugalmasabb, kényelmesebb, szövődmények nélküli élet.

Császárné Mészáros Ildikó: Étrendi tanácsok cukorbeteg számára

Császárné Mészáros Ildikó: Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza

A cukorbetegség formái, tünetei kialakulásának okai figyelembe vétele és a betegség kezelése és célja meghatározza a cukorbeteg étrendjének összeállítását. A szénhidrátok a szervezet legkönnyebben mozgósítható energiaforrásai, csoportosíthatók felépítésük és felszívódás szerint. Az előadásban, hangsúlyozva a teammunka fontosságát, a cukorbeteg étrendjének összeállításánál a kezelőorvos által javasolt szénhidrát-megszorítási korlátok ellenére fontos, hogy az ételek megfelelő energiatartalmú és tápanyag-összetételűek legyenek. A manifeszt cukorbetegség fennállásakor az étrend cukormentes, és a felvett szénhidrát mennyiségét és minőségét alapvetően az energiaigény, fizikai aktivitás, vércukorértékek és a szérumlipidek befolyásolják. Bemutatásra kerülnek a diéta összeállításának irányelvei (szénhidrátelosztás, étkezések időpontja stb.) melynek igazodnia kell a diabétesz típusához, az alkalmazott gyógyszeres terápiához és a beteg életviteléhez.

Az újszülöttek korai hazaadása kapcsán felmerülő problémák a területi gyermekgyógyászati alapellátásban

Lévai Lászlóné: A védőnői felelősségvállalás átalakulása a gyermekgyógyászati alapellátás megváltozott keretei között

Lévai Lászlóné: SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Az egészségügyi rendszerben történt változások egyik eleme, hogy központi kérdéssé vált az újszülöttosztályok munkájában a korai hazaadás problematikája és az ezzel kapcsolatos kórházi és körzeti védőnői feladatok átértékelése. Mind az újszülöttekkel, mind az anyákkal kapcsolatban nagyobb felelősség hárul a védőnőkre, hogy az esetleges problémákat időben

felismerjék és kiszűrjék. Fontos a még szorosabb kapcsolattartás a klinika és a területi alapellátás között. Feladataink közé tartozik talán még fokozottabban, mint eddig, az egész család pszichés támogatása.

Dr. Szabó Hajnalka: Koraszülöttek hazaadásával kapcsolatosan felmerülő problémák

Dr. Szabó Hajnalka: SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Az orvostudomány fejlődésével egyre inkább emelkednek az igen kis súllyal született koraszülöttek életben maradási esélyei. Speciális igényekkel rendelkeznek, melyek hazaadás után is fentállnak, és fokozott figyelmet kell fordítani rájuk otthonukban is. A körzeti védőnők feladata ezen koraszülöttek gondozása, fejlődésének figyelemmel kísérése.

Az előadó vázolja a kis súlyú koraszülöttek hazaadásával kapcsolatos speciális igényeket, azon betegségeket, melyek nyomon követése hazaadás után is igen fontos. Fel kívánja hívni a figyelmet az esetlegesen kialakuló betegségekre, veszélyhelyzetekre, melyek akár azonnali orvosi ellátást igényelnek. Ezen állapotok, betegségek észlelése a körzeti védőnő feladata, ezért fontos, hogy tisztában legyenek ezek fontosságával.

Tobak Orsolya: A védőnő feladatai a korai hazaadást követő napokban

Tobak Orsolya: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A védőnői hivatás folyamatosan bővülő feladatai kihívást jelentenek a körzetben dolgozó védőnők számára. A kihívások legtöbbször motiváló hatással vannak ránk, fejlesztik a problémamegoldó gondolkodást, munkamódszert, valamint újabb célok megvalósítását teszik lehetővé. Munkánk célja, hogy maximálisan kielégítsük gondozottaink szükségleteit, megfeleljünk a szakmai követelményeknek. A módszertani irányelvek a korai hazaadást követően sem változnak lényegesen, de jóval nagyobb a felelősségünk a gondozás terén ezen időszakban. Kiemelt figyelmet kell fordítani az otthoni környezet kialakítására, a fiziológiás újszülöttkori elváltozásokra, reflexekre, anyatejes táplálásra, vitaminpótlásra, bőrápolásra, valamint a gyerekágy időszakának zavartalan lefolyására. Védőnőként a korai hazaadást követően lehetőség szerint 24 órán belül meglátogatjuk a családot, majd ezt követően biztosítjuk számára a támogató segítségünket. A koraszülött csecsemők gondozása még több odafigyelést igényel, kiemelt hangsúlyt helyezve a család pszichés támogatására. Ezekben az esetekben minden védőnő számára kötelező környezettanulmány készítése a gyermeket gondozó szülő- vagy gyermekintézmény részére.

Ha a fent említett feladatoknak megpróbálunk maximálisan megfelelni, egészséges és kiegyensúlyozott gyermekeket és családokat gondozhatunk a jövőben.

Dr. Karg Eszter PhD: Újszülöttkori anyagcsere-betegség szűrővizsgálatai

Dr. Karg Eszter PhD: SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Az elmúlt évben hazánkban is elindult a tömegspektrometriás vizsgálattal bővített újszülöttkori anyagcsereszűrés. A vizsgálatokat minden újszülöttnél kötelező 48-72 óras életkor között elvégezni. Kórházi kezelést igénylő újszülötteknél, a kezeléstől függő időpontokban ismételt vizsgálatok elvégzése szükséges. A területen dolgozó kollégák munkájában az új módszer, az

ismételt mintavételek nehézségeket okozhatnak. A előadás tárgya a mintavételi szabályok és technikák ismertetése és a felmerülő problémák interaktív megbeszélése.

Szakdolgozók helye és szerepe az akut szívizominfarktus korszerű ellátásában

Túri Mihály: Heveny szívizominfarktusos beteg prehospitalis sürgősségi ellátása

Túri Mihály: OMSZ Dél-alföldi Regionális Mentőszervezet

A szerző az akut ischaemiás szívbetegségek kardinális tüneteit és differenciáldiagnosztikai sajátosságait mutatja be, majd ismerteti a legkorszerűbb therapiás irányelveket a helyszíni ellátás adta kereteken belül. Kitér a leggyakoribb és egyben legveszélyesebb peri-arrest szövődmények megelőzésére, szükség esetén azonnali kezelésére. Kompetenciaszintekre bontva ismerteti a legszükségesebb azonnali beavatkozásokat. A betegség magas mortalitására és időfaktorának mértékére való tekintettel vázolja az optimális betegutakat a magyar egészségügyi alapellátás rendszerén belül.

Banga Béla Erik: Intervenciós beavatkozást igénylők betegútja a felvételtől a haemodinamikai laborig

Banga Béla Erik, Dr. Schneider Erzsébet, Dorogi Magdolna: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ II. Sz. Belgyógyászati Klinika B Részleg, Sürgősségi Betegellátó Osztály

A sürgősségi osztályok egyik fontos tevékenysége az elsődleges diagnózisok és ellátások mellett, a különböző betegutak megszervezése. Osztályunk illetékességi területén az OMSZ által esetleg még nem indikált, de a vizsgálatok és eredmények alapján esetleg haemodinamikai katéterezést igénylő betegek további útjának megszervezése, a szükséges ápolási és therapiás tevékenység kivitelezése is feladatunk. Betegforgalmi statisztikánkból látszik, hogy a mellkasi panaszos betegek milyen százalékban igénylik a szívkatéterezést, diagnosztikus és therapiás célból is. A 2008-as évtől, illetve a kórházi integrációtól mennyit változott ez az út, könnyített-e rajta. Az ápolási és therapiás irányzatok helyi alkalmazása és a Mentőszolgálat különböző egységeinek felkészültsége, illetve a családorvosok megfelelő alapvizsgálata mennyiben gyorsítja e betegek ellátását. Osztályunk a diagnosztikai háttérének nehézségei ellenére igyekszik maradéktalanul megfelelni mind a beteg és hozzátartozói, mind a szakma és a kollégák igényeinek is.

Nógrádi Erika: Percutan coronaria intervenció (PCI)

Nógrádi Erika: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ II. sz. Belgyógyászati Klinika Kardiológiai Központ, Haemodinamikai Laboratórium és Invazív Kardiológiai Részleg

Ma Magyarországon az akut szívizominfarktus ellátásában nagy lehetőséget kínál a koronária angioplasztika, melyet az első hat órában célszerű elvégezni. Ennek megszervezése komoly munkát igényel, és együttműködést a mentőszolgálattal. A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ haemodinamikai laboratóriumában 24 órás ügyeletet tartunk, mely 2 orvostól, 2 asszisztensből, 1 beteghordóból áll. A beteg megérkezésekor azonnal műtőasztalra kerül, ahol megtörténik az előkészítése. Itt is fontos az időfaktor! Az előadásban bemutatásra kerül, hogy helyi érzéstelenítést követően milyen technikával (Seldinger) történik

az artéria punkció, mely behatolási helyek lehetségesek. A megszárt érbe hüvely kerül behelyezésre, mely megkönnyíti a katéterek cseréjét. A diagnosztikus vizsgálat elvégzése után kerül sor az intervencióra, bemutatásra kerülnek az ehhez szükséges speciális eszközök és szakasszisztensi feladatok.

Kovács Gyöngyi: Az ACS-s, intervención átesett betegek ápolása

Kovács Gyöngyi: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ II. sz. Belgyógyászati Klinika Kardiológiai Központ, Haemodinamikai Laboratórium és Invazív Kardiológiai Részleg

Az acut coronaria syndromás betegek intervenciók ellátása Szegeden 2003 januárjában indult meg, mely állandó ügyeleti rendszer kialakításával járt együtt. A sürgősségi coronaria angioplasztikán átesett betegek az Invazív Kardiológia Részleg Coronaria Őrzőjébe kerülnek, ahol 48 órás megfigyelésük, ápolásuk zajlik. A sürgősségi ellátásban bekövetkezett változások természetesen az ápolói feladatok, megfigyelési szempontok változását, specializálódását is magukkal hozták. Az előadás célja, hogy bemutassa az ACS-s betegek koszorúértágítását, az azt követő ellátásukat, különös tekintettel az ápolói megfigyelés szempontjaira, a lehetséges szövődményekre és azok korai felismerésére, a konkrét ápolási tevékenységekre, valamint a betegoktatásra, egészségnevelésre. Az itt ápoltak állapota az első 48 órában bármikor, akár drámai mértékben is megváltozhat, ezért nagy jelentőségű a pontos nővéri dokumentáció, a fenti szempontok figyelembe vételével.

A hospice ellátás elméleti és gyakorlati alapjai

Kojnok Tünde: A hospice fogalma, szellemisége

Kojnok Tünde: SzSzKSz Kossuth Zsuzsanna Egészségügyi és Könnyűipari Tagintézménye

Az előadó megismerteti a résztvevőkkel a hospice fogalmát, szellemiségét, a hospice mozgalom történetét, kiemelkedő alakjait (Cicely Saunders, Elizabeth Kübler-Ross, Polcz Alaine, Teréz anya), és alapelveit. Ismerteti a hospice ellátás szükségességét, a WHO alapelveit a palliatív és a hospice gondozásról. Felvázolja továbbá a gyógyító, a palliatív és a terminális stratégia lényegét, a közöttük lévő különbségeket. Hangsúlyt fektet a hospice-team összetételének, a teamtagok speciális feladatainak megismertetésére is. A résztvevők megismerhetik továbbá a hospice szervezeti formáit és ezek kapcsolódását, a hospice munka lehetőségeit a házi szakápolásban, az idősgondozásban és a kórházi osztályon.

Dr. Németh Anikó: Klinikai ismeretek I.

Dr. Németh Anikó: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az előadó ismerteti a terminális állapot fogalmát, a terminális stádiumban lévő betegek szomatikus és pszichés tüneteit, valamint a haldoklás Elizabeth Kübler-Ross szerinti stádiumait. Hangsúlyt fektet a palliatív terápia lényegének, formáinak (gyógyszeres, sebészi, ápolási beavatkozások), a palliatív ellátás szintjeinek (palliatív alapgondozás, hospice gondozás, palliatív szakellátás) ismertetésére is. Részletesen felvázolja a palliatív terápia során alkalmazott gyógyszerek fajtáit (hányáscsillapítók, hashajtók, oedemcsökkentők), különös tekintettel a fájdalomcsillapítókra (NSAID, gyenge és erős opioidok).

Dr. Németh Anikó: Klinikai ismeretek II.

Dr. Németh Anikó: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az előadás során a résztvevők megismerik a kemoterápia fogalmát, céljait, formáit (adjuváns, neoadjuváns, palliatív), valamint az érképződés gátlásának mechanizmusát. Megismerkednek a daganat fogalmával, a sugárterápia lényegével, valamint a kemoterápia és sugárterápia mellékhatásaival, következményeivel és azok ellátásával (hányinger, hányás, hasmenés, székrekedés, szájszárazság, nyelési nehezítettség, hajhullás, bőrvizsketés, fertőzések, vérékenység, vérszegénység), különös tekintettel az ápolói beavatkozásokra. Az előadó előadásában kitér a hányáscsillapítás és a gastroenterális tünetek csillapításának módszereire is.

Dr. Németh Anikó: A halál, haldoklás pszichológiai jellemzői

Dr. Németh Anikó: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az előadó ismerteti a haldoklás pszichológiai stádiumait, a halálfélelem összetevőit, a halállal kapcsolatos attitűdöket, és ezek változásait a történelem folyamán. Az előadás során felelevenítésre kerülnek a korábban már ismertetett haldoklás pszichológiai stádiumai is. Az előadó kitér a halálfélelem összetevőinek részletezésére is. Az előadás fontos része a haldokló beteg pszichés támogatása a beteg haldoklásának időszakában. Külön foglalkozik a gyermek haldoklásának pszichológiai jellemzőivel (zárt tudatosság, gyanakvó és nyílt tudatosság), a gyermekek halálképének fejlődésével (animista, perszonifikáló és reális felfogás). Megtörtént esetek alapján ismerteti a halálfélelem kifejezését gyermekeknél.

Dr. Németh Anikó: A gyász

Dr. Németh Anikó: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az előadás témája a gyász. Az előadó ismerteti annak fogalmát, szakaszait. Kitér a gyász pszichológiai folyamataira, a komplikált gyász jellemzőire, típusaira (krónikus és késleltetett gyász, bagatellizáció, hipertrofikus és torzult gyász), valamint a komplikált gyászra hajlamosító tényezőkre is. Az előadás fontos egysége a hozzátartozók pszichés támogatásának, a gyászolók gondozásának ismertetése. A hospice-ban tevékenykedő szakdolgozók feladata nem csupán a haldokló betegek ellátása, hanem a hozzátartozók támogatása is, ezért ismerteti a gyászoló családok támogatásában felmerülő feladatokat, valamint a segítségnyújtás lehetőségeit. Az otthoni hospice ellátás során elkerülhetetlen, hogy a családban nevelkedő gyermek is találkozzon a haldokló hozzátartozóval, ezért az előadó kitér a gyermek gyászának sajátosságainak megismertetésére, valamint a gyászoló gyermek segítésére és a gyermeki tévhitek eloszlatására. A temetés, a szeretett hozzátartozótól való búcsúzás a gyermek számára is elengedhetetlen, ezért ismertetésre kerül a gyermek bevonásának lehetséges módja a temetés előkészületeibe és a temetési szertartásba.

Kristóf Csaba: Terminális betegek ellátásának jogi és etikai kérdései

Kristóf Csaba: SZTE Neurológiai Klinika

A haldokló betegek ellátása során a törvény adta kereteket be kell tartani az ellátó személyzetnek, ezért ezek ismerete elengedhetetlen. Ennek okán az előadó ismerteti a beteg autonómiájának elvét, a tájékoztatáson alapuló beleegyezést, és a kezelés visszautasításának jogát, valamint az önrendelkezési jogot a hospice-ban. A halállal szembesülő betegeknek elvárásai vannak, ezért ezek ismertetése elkerülhetetlen. Fontos továbbá az ellátást végző team szerepe a haldokló beteg ellátásában. Az előadó kitér a terminális állapotú betegek ellátásának etikai kérdéseire, az eutanázia és a hospice gondozás különbségeire is, valamint ismerteti az ellátás visszautasításának lehetőségeit haldokló beteg esetén. Szükséges megismerni az alkotmánybírósági állásfoglalást is [22/2003 (IV.28.)], valamint az eutanázia jogi szabályozását Magyarországon, illetve a terminális palliatív szedáció lényegét is felvázolja. Előadása végén kitér az otthoni hospice ellátás törvényi szabályozására is.

Irinyi Tamás: Kommunikáció

Irinyi Tamás: SZTE Pszichiátriai Klinika

A gyakorlat a következő részelemeket foglalja magába: az ápolói, önségítői kommunikáció stílusa (kommunikációs stílus összetevői, stílus alakíthatósága, stílus külsőleges jelei), a kommunikáció folyamata (a találkozás indítása – bevezető szak, a probléma feltárása, információgyűjtés a betegről, a probléma megbeszélése – tájékoztatás), kerülendő kommunikációs stratégiák ismertetése. Fontos megismerni a hallgatás művészetét, avagy miként figyeljünk a betegre. Az elfogulatlanság kérdése. A beteg passzivitásának okai a találkozás során. Elégedetlenség és a kooperáció hiánya: a kommunikációs problémák következményei. Az ápolók közötti hatékony kommunikáció kialakításának módozatai.

Irinyi Tamás: Stressz, stresszkezelés, konfliktuskezelés

Irinyi Tamás: SZTE Pszichiátriai Klinika

A gyakorlat során a résztvevők megismerik a stressz okait, élettani hatását, a stresszoldás módjait. A daganatos betegek ellátása során speciális kommunikációs stratégiákat kell alkalmazni, hogy a konfliktushelyzetek elkerülhetővé váljanak. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők viselkedésükkel, kommunikációjukkal, magatartásukkal konfliktust gerjesztenek az ellátókkal folytatott interakciókban. A gyakorlat célja ezen konfliktusok megelőzése a haldoklók viselkedésének helyes értelmezése által.

Monostori Dóra: Veszteségek útjai I.

Monostori Dóra: SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

A résztvevők 15 fős csoportokban vesznek részt ezen a 10 órás gyakorlaton. Csoportkeretek kialakítása, tekintettel a későbbi veszteség feldolgozásra, amely még mindig a tabutémák között szerepel. Legfontosabb elvárások: titoktartás, őszinteség, ítélkezéstől és összehasonlítgatástól mentes légkör kialakítása. Asszociációs játék, melynek központi motívumát a veszteségek

képezik. Lazító játékként képeket választanak a csoporttagok, amelyekről az adott pillanatban a legjobban megérintődnek.

Monostori Dóra: Veszteségek útjai II.

Monostori Dóra: SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Hiedelmek és mítoszok számbavétele, amely az illető személyes veszteség feldolgozását befolyásolja. Tanult magatartási minták feltérképezése a veszteségekkel kapcsolatban: Mi az, ami legjobban segített az életem folyamán? Hiedelmek és mítoszok az egészségügyi ellátás kapcsán. Mikor segítsünk és hogyan az általunk ápolott betegek veszteségei kapcsán? Saját, személyes veszteséglista elkészítése. Minden olyan jelentős történés felsorolása, amely hatással volt a csoporttagok életére, kiemelve azokat, amelyek még a jelen pillanatban is nagyfokú érzelmi megterhelést jelentenek.

Monostori Dóra: Veszteségek útjai III.

Monostori Dóra: SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

A betegellátási, napi munka során átélt veszteséghelyzetek, kiemelve a halál tényét, mint különösen megterhelő események feltérképezése. Ezen szituációk megjelenítése pszichodramatikus elemekkel és a szituáció több szempontú elemzése történik.

Búcsúlevél megírása megadott szempontok szerint, és ezen levelek ismertetése kiscsoportban. Reflexiók nagycsoportban, kiemelve a nehézségeket és megfogalmazva a szupportív tényezőket. Csoport bezárása, búcsúzás kiemelése, mint a veszteség feldolgozás lényeges eleme, amely beépíthető a napi élet rutinjai közé.

Etika és betegjogok a mindennapi betegellátás során

Banga Béla Erik: Betegjogok az egészségügyi ellátásban, valamint tájékoztatás az ellátás során

Banga Béla Erik: SZTE II. sz. Belgyógyászati Klinika B Részleg, Sürgősségi Betegellátó Osztály

A betegjogi tevékenység elsődleges célja az ellátottak és hozzátartozóinak, illetve az egészségügyi személyzet jogszabályokban meghatározott szakmai, erkölcsi és bioetikai jogainak védelme, valamint a szükséges és elégséges tájékoztatás biztosításának lehetősége.

Nem mellékes a jogtudatosság javítása, az egészségügyi szolgáltatók fogyasztói kontrollja, az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítása úgy, hogy az ellátásban tevékenyen részt vevők jogai se sérüljenek, biztosított maradjon a nyugodt, biztonságos betegellátáshoz, munkavégzéshez való jog. Az ellátottak és hozzátartozóik egyik joga a betegséggel kapcsolatos orvosi, ápolási ellátások megismerése, mely szükséges a beavatkozásokba történő beleegyezéshez is. A jogszabályi háttér megismerése mellett néhány valós, illetve kitalált szituációt áttekintve láthatjuk, hogy milyen nehéz megtalálni a tájékoztatás elegendő és megfelelő eszközét. Bemutatók különböző betegellátó helyekről a tájékoztatás javítására tett kísérleteket, és ezek eredményeit.

Lunk Henrietta: Eutanáziával kapcsolatos állásfoglalások

Lunk Henrietta: Acél utcai Háziórvosi Rendelő

A mai egészségügyi ellátás során számos vita adódik az eutanázia témakörében. Meddig is etikus folytatni a gyógykezelést, a drasztikus orvosi beavatkozásokat? Mikortól mondhatjuk azt, hogy elég volt? Hogy nem kérjük tovább az életmentő beavatkozást? Vajon ez eutanázia? Aktív vagy passzív? Számptalan kérdés merül fel ilyenkor az emberekben, az egészségügyi ellátó személyzetben.

Az előadó ismerteti a mai állásfoglalásokat az eutanáziával kapcsolatban, bemutatja, hogy az egyes, nyugat-európai országokban hogyan is vélekednek az eutanázia kérdéséről, illetve hogy az egyes országokban – ahol engedélyezett – hogyan alakulnak az ilyen helyzetek a mindennapokban.

MRSA fertőzés okozta napi kihívások szakdolgozói szemmel

Nagyné Dósa Éva: Mit kell tudni az MRSA-ról?

Nagyné Dósa Éva: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet

A methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) baktériumtörzsek az intenzív osztályokon antibiotikummal kezelt betegekben jelentek meg az 1960-as években. Mára azonban egyre nyilvánvalóbb, hogy az MRSA az egészségügyi intézményeken kívül is megtalálható. A területi ellátásban 2000 előtt gyakorlatilag nem kellett MRSA-val számolni, napjainkban viszont zárt közösségekben – börtönökben, kaszárnyákban, bölcsődékben – intravénás kábítószer-használók, homoszexuálisok, hajléktalanok körében járványt is okozhat: elsősorban bőr- és légyszöveti fertőzést, ritkábban szepszist vagy súlyos tüdőfertőzést (pneumóniát). Az MRSA-fertőzés előfordulási gyakoriságának alakulását igen sok tényező befolyásolja, ezek közül kiemelkedik az antibiotikumok alkalmazásának országra jellemző színvonala, valamint az alkalmazott antibiotikumok mennyisége. Fontos a higiénés rendszabályok, elsősorban a kézmosás, illetve a sterilítási szabályok betartása. Alapvetően befolyásolja e törzsek gyakoriságát az is, hogy a veszély felismerésekor az országban milyen jellegű és mennyire hatékony megelőzési stratégiát dolgoznak ki.

Magyarországon az ezredfordulóig alacsony volt az MRSA gyakorisága, ennek magyarázatára csak feltételezésekkel rendelkezünk. Azóta viszont egyre inkább terjed, az invazív fertőzések esetében helyenként lassan meghaladja a 25%-os előfordulást. Az MRSA gyakoriságában igen jelentős területek, kórházak, sőt osztályok közötti különbségek adódnak, de mindenhol több MRSA van az intenzív osztályokon, sebészeteken, mint például gyermekgyógyászaton vagy szülészetben. Az MRSA hazai gyakorisága valószínűleg tovább emelkedik majd, általánosan érvényes aktív program nincs, jelenleg csak helyi szinten vannak próbálkozások terjedésének csökkentésére, illetve megelőzésére. A területi ellátás szintjén felbukkanó MRSA új jelenség, és nem azonos a kórházakból kikerült klasszikus MRSA-törzsekkel, a tudományos világ éppen ezért figyelt fel rá. Jelentőségüket fokozza, hogy olyan klinikai szituációkban találkozhatunk velük, amelyekben egyébként rizikófaktor hiányában MRSA-ra nem gondolunk. Magyarországon ritkábban fordulnak elő, terjedésük mértékének követése azonban feltétlenül szükséges.

Toroczkai Gyöngyi: Az MRSA-fertőzések elleni védelem sebészeti osztályon

Toroczkai Gyöngyi: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika

Az MRSA-fertőzések elsősorban egészségügyi intézményekben jelenlévő megbetegedések. A megbetegedések száma egyre nő, 2000-ben nyolc nosocomiális járvány zajlott. Hazánkban is elsősorban a fekvőbeteg-intézményekben kezelt, fertőzésekre fogékonyabb, sérülékenyebb ápoltak körében okoz/okozhat fertőzéseket. Irodalmi adatok azonban bizonyítják, hogy megfelelő infékcióntróll programmal megelőzhető, illetve kontrollálható. De mit jelent a megfelelő infékcióntróll? Hogyan tudunk védekezni, hogyan tudjuk megvédeni magunkat és környezetünket a betegséggel szemben, és hogyan tudjuk elkerülni a tovább terjedését vagy egyedi eset járvánnyá való átalakulását? Odafigyeléssel és a higiénés szabályok szigorú betartásával. Védőeszközök használatával, kézfertőtlenítéssel, a beteg izolálásával. Fontos, hogy az MRSA-pozitív beteget különítsük el, lehetőleg vizesblokkal rendelkező kórterembe. Ha ez nem lehetséges, biztosítsunk a beteg számára a kórteremben tisztálkodáshoz szükséges eszközöket. A beteg fürdetéséhez használhatunk Decontoman és Skinman scrub tisztítószereket. Minden esetben a kórterembe való belépés előtt, ahol az MRSA-pozitív beteg fekszik, vegyünk fel védőfelszerelést (köpeny, védősapka, kesztyű, orr-szájmaszk, lábzsák), ugyanez vonatkozik a látogatókra is. Az ápoláshoz (kötözéshez) használt eszközöket, tárgyakat folyamatosan fertőtleníteni kell, és a kórteremből tilos kihozni, ott az arra kijelölt edényben kell fertőtleníteni oldatba áztatni (KORSOLEX Plus 1%-os oldatban behatási idő 60 perc, 2%-os oldatban 30 perc, 3%-os oldatban 15 perc; SEKUSEPT Aktív 1%-os oldatban 60 perc, 2%-os oldatban 15 perc a behatási idő). A kórteremben lévő tárgyak felületeinek fertőtlenítését naponta el kell végezni fertőtleníti lemosással (Inno-sept spray). A kórteremből távozáskor a szennyezett védőruhát az arra a célra kijelölt veszélyes hulladékos edénybe kell gyűjteni. A betegtől kikerülő ágyneműt, valamint a munkaruhát speciális, erre a célra használt ún. „olvadás zsákba” kell helyezni, melyet ezzel a zsákkal együtt mosnak majd ki.

A legfontosabb természetesen a kézfertőtlenítés, mellyel elkerülhető a fertőzés tovább terjesztése. Kézfertőtlenítést kell végezni minden beavatkozás előtt és után, a kézfertőtlenítés helyes menetét ki kell függeszteni a kórteremben, hogy a látogatók is láthassák, mert számukra is kötelező. Használható szerek STERILLIUM CLASSIC PURE, SKINMAN SOFT NBETADINE folyékony szappan vagy más MRSA-ra bevizsgált és engedélyezett szer.

A beteg távozása után a kórtermet ki kell takarítani, majd a helyiségben gépi permetezéssel való kifújas fertőtlenítést kell végezni, ún. zárófertőtlenítést, melyet a fertőtleníti egészségőr végezhet. A fertőtleníti szert (Perform) hagyjuk rászáradni a tárgyakra, felületekre 40-45 percig, majd szellőztetés után a kórterem kinyitható és új beteget tudunk fogadni.

Túriné Zabol Erika: MRSA-pozitív betegek ellátása infektológiai osztályon

Túriné Zabol Erika: SZTE ÁOK Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály

A fertőző betegségek felbukkanását, folyamatos és ismételt támadását számos tényező befolyásolja. A *Staphylococcus aureus* baktérium az 1960-as évekig a nosokomiális infékciónk majdnem kizárólagos kórokozója volt, de ennek aránya folyamatosan csökkent. Ma már az egészségügyi ellátás során problémát az időközben antibiotikumoknak ellenálló (rezisztens) kórokozók jelentenek és idézhetnek elő megbetegedéseket. Ezek közül kiemelendő Meticillin-

, Oxacillin-, Penicillin-származékokra rezisztens kórokozó törzs a Meticilin Rezistens *Staphylococcus Aureus* (MRSA).

Az MRSA a kórházi fertőzések 60%-át teszi ki. A kórokozó által előidézett betegség sokkal gyakoribb probléma, mint ahogy az akár a szakmai köztudatban is el van terjedve.

Az előadásban ismertetésre kerülnek a megbetegedés jellemzői és a kezelési lehetőségek, az egészségügyi szakdolgozókra háruló prevenciós és gyakorlati feladatok az MRSA-pozitív betegek ellátása során.

Kollárné Hám Éva: A gyermekek megvédhetők az MRSA-fertőzéstől?

Kollárné Hám Éva: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Az előadásban bemutatásra kerül, hogy az elmúlt két évben milyen arányban fordult elő, MRSA-fertőzés Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Gyermekegészségügyi Központ Perinatális Intenzív Centrum és az Intenzív Terápiás Részlegén, valamint, hogy milyen más rezisztens kórokozó – *Klebsiella*, *Moraxella*, *Serratia* – előfordulása okozott nozokomiális fertőzéseket, és milyen intézkedések kerültek bevezetésre.

Folyamatosan monitorizált vitális paraméterek nyomon követésével, bemutatásra kerül korai és újszülöttek, valamint gyermekek klinikai állapota e fertőzésekben. Ismertetésre kerülnek a leggyakrabban alkalmazott mintavételi eljárások, terápiás lehetőségek. Az ápolói intézkedések közül kiemelendő az elkülönítés. Folyadékháztartás szoros monitorozálása célirányosan, tenyésztési eredménytől függően alkalmazott antibiotikumok a terápiát kiegészítetik, fizioterápia, inhalációs terápia, váladékoldás, légzés segítése – O₂ adás arcmaszkon, orrszondán, szükség szerint gépi lélegeztetés.

Banga Béla Erik: Az MRSA és terjedése elleni védelem helyzete a szegedi egészségügyi ellátó rendszerben

Banga Béla Erik: SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ II. sz. Belgyógyászati Klinika B Részleg, Sürgősségi Betegellátó Osztály

Az egészségügyi ellátás alapfeladatai közé tartozik az ellátásra jelentkezők gyógyításán és ápolásán kívül a megelőzés. E célkitűzésnek némiképp ellentmond, hogy egyre nagyobb számban és egyre súlyosabb, intézetben belüli nozokomiális és iatrogén ártalom éri a betegeket, a kivizsgálásra jelentkezőket és hozzátartozóikat. A káros hatások egy része biológiai, vagyis kórokozó okozta fertőzés. A többi ártalom összességében nem tesz ki annyit, mint a nozokomiális fertőzések, azok közül is a legnagyobb számban a *Methicillin Rezisztens Staphylococcus Aureus* (MRSA) törzsek, melyek szerepelnek az öt kulcsfontosságú kórokozótörzs között, melyet Magyarországon is figyel az *European Antimicrobial Resistance Surveillance System (ERSS)*. A statisztikákból kiderül, hogy a magyarországi fertőzések aránya még elmarad az amerikai és nyugat-európai fertőzési arányoktól, de meredeken emelkedik. Az előadás áttekinti az MRSA-törzsek jelentőségét, az antibiotikumokkal szembeni ellenállásának kialakulását, ennek fontosságát, majd a kórházhigiéniás szabályokat, különös tekintettel az ápolói feladatokra. A Szegedi Tudományegyetem klinikáin kérdőíves felmérést végezve, a kapott eredményből kiderül, hogy a szakdolgozók ismerik-e az MRSA-kórokozó és az MRSA-

fertőzés jelenőségét? Kimutatható, hogy ismerik és használják-e a szegedi járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók az országos és a munkahelyükre érvényes gyógyszeres és higiénés szakmai protokollokat, ajánlásokat? A felmérésben megkérdeztem, hogy részt vehetnének-e egy multirezisztens kórokozókkal és kiemelten az MRSA-val foglalkozó továbbképzésen, annak ismeretanyagát tudnák-e és használnák-e a napi munkájuk során? A felmérés eredményeinek szakdolgozói megismerése jelentős előrelépést jelenthet a mindennapi munka végzésében, szervezésében.

A fájdalomról fájdalommentesen

Kristóf Csaba: Krónikus fájdalmak csillapítása

Kristóf Csaba: SZTE Neurológiai Klinika

A definíció szerint a hosszabb ideje fennálló, perzisztáló fájdalmat nevezzük krónikus fájdalomnak. A daganatos betegségekben is jellemzően előforduló panasz megjelenésekor fontos a fájdalom hátterében álló okot tisztáznunk, mivel egy bizonyos fájdalom mögött többféle ok is meghúzódhat. Más lehet a krónikus fájdalom megjelenése különböző betegségekben, melyekhez igazodik az alkalmazott fájdalomcsillapító terápia is.

A leggyakrabban a mozgásszervi megbetegedések és daganatos megbetegedések állnak a háttérben. A daganatos megbetegedésekben számos hatóanyagcsoport áll rendelkezésre, a beteg számára megfelelő hatékonyság elérésére. Különösen nagy jelentősége van a fájdalomcsillapító terápia alkalmazásának a hospice ellátásban a betegek tartós fájdalomcsillapítása szempontjából. Fontos, hogy a fájdalmat elszenvető beteg a fájdalommentesség elérése után is érezze a szakmai és emberi érdeklődést sorsa iránt.

Az előadó bemutatja a krónikus fájdalmak kezelésére alkalmazott gyógyszereket, azok bejuttatási módját a szervezetbe, különös tekintettel a daganatos fájdalmak csillapítására szolgáló szerekre.

Négy új terápiás ellátás az egészségügyben

Prof. Dr. Borbényi Zita: Az őssejt-transzplantáció lényege

Prof. Dr. Borbényi Zita: Szegedi Tudományegyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Haematológia Osztály

Az őssejt-transzplantáció a másként nem gyógyítható rosszindulatú vérképzőszervi betegségben gyógyulást eredményez. A sugár-, illetve kemoterápia dózisa növelhető, ezáltal fokozódik a daganatsejt-pusztító hatása. Egészséges donor vagy a beteg saját, ép őssejtjeinek beadása történik a beavatkozás során, melynek hatására visszaáll a vérképző- és immunrendszer működése.

Az előadó bemutatja az őssejt-transzplantáció típusait, mely az őssejtek eredete szerint lehet allogén és autológ őssejt-transzplantáció. Az allogén őssejt-transzplantáció során más egyéntől (rokon vagy idegen ember) származó, míg az autológ transzplantáció során a saját őssejtek visszajuttatása történik a szervezetbe a kemoterápia befejezése után. Az előadó részletesen ismerteti az eljárás menetét, kivitelezését.

Farmasi Henrietta: Az őssejt-transzplantáció ápolói vonatkozásai

Farmasi Henrietta: Szegedi Tudományegyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Haematológia Osztály

A kemo- és sugárterápiára nem reagáló daganatos betegségek kezelése őssejtátültetéssel lehetséges. A jelentős immunológiai beavatkozás szigorú szabályok szerinti orvosi és szakdolgozói munkát követel. Fontos szerep jut a megfelelően képzett és tapasztalt szakszemélyzetnek a donorkivizsgálás, az őssejtgyűjtés, a mobilizáló időszak, majd pedig a beteg felkészítése terén a hazabocsátás utáni első hónapok szigorú szabályait illetően. A gyógyulás egyik igen fontos eleme az együttműködő beteg és családja, melynek kialakításában jelentős feladat hárul a szakdolgozókra is. Az előadó ismerteti az eljárás során felmerülő szakdolgozói feladatokat, teendőket.

Dr. Rovó László: Indikációs területbővítés Magyarországon a BAHA (Bone Anchored Hearing Aid) implantációban: Szegeden megtörtént az első felnőttkorban végzett beültetés

Dr. Rovó László: Szegedi Tudományegyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika

A BAHA hallásjavító rendszert az 1970-es évek végén fogadták el Európában a vezetéssel vagy kevert jellegű halláscsökkenések sikeres kezeléseként. A módszer 1999 óta alkalmazható ötéves vagy idősebb gyermekek esetében is. A bilaterális implantáció 2001-ben, míg a féloldali siketség BAHA implantációval történő megoldása 2002-ben vált lehetségessé. Az indikációs terület azóta folyamatosan bővül. Ennek köszönhetően az első, felnőttkorban elvégzett BAHA implantációra 2009 nyarán került sor a Szegedi Tudományegyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinikáján. Az előadó bemutatja a beavatkozás főbb aspektusait, és beszámol a beavatkozás során szerzett tapasztalatairól.

Farkas Lajos: Hallókészülékem története

Farkas Lajos: BAHA implantáción átesett beteg élménybeszámolója

59 éves vagyok. Gyermekkoromban számtalan középfülgyulladás következtében a hallócsontjaim és a hangvezetésem teljes mértékben károsodott, így a mindennapi életem jelentős halláskárosodás nehezítette. A hallókészülékem egyedi módon szemüvegszárral volt kombinálva, melyet kb. 35 éve kaptam. Családtagjaim többször figyelmeztettek, ha kiabálniuk kellett velem: „Lali, tedd fel a szemüvedet”.

A szemüvegszárral található hallókészülék elhasználódott, 2009 júliusában azért kerestem fel a Fül-Orr-Gégészeti Klinikát, hogy van-e lehetőség a javítására vagy cseréjére. Cseréje sajnos nem volt mód, de kaptam ajánlatot egy korszerű műtéti módszerre, amivel normális szintűre javulhat a hallásom. Belgyógyászati konzíliumra küldtek, az orvos véleménye szerint vállalhattam az altatást.

2009. július 29-én közel kétórás műtét során a fülem mögött a koponyacsonton hajtottak végre műtétet a hangvezetés megoldására. A műtét egyedülállósága miatt a médiát is vonzotta, számtalan televíziós, rádiós, és írott sajtós interjút adtam. A műtét nem okozott nagy megterhelést, a sebem is gyorsan gyógyult. Fémet ültettek a koponyacsontomba és egy apró (leginkább ruha patentra hasonlító) csatlakozót alakítottak ki a jobb fülem mögött.

2009. szeptember 20-án csatlakoztatták magát a hallókészüléket az implantátumhoz, mely eseményt a média ismét nagy érdeklődéssel figyelte. A készülék tulajdonságai és mérete a modern technika vívmányait hordozza, különböző élettevékenységhez szükségesen adott oldalról vagy térhatással közel normális módon hallom azóta a hangokat. Az előadó ismerteti a készülékkel szerzett bővebb tapasztalatait, és hogy milyen változást eredményezett az életében, életminőségében a BAHA implantáció.

Ungi Lászlóné: Az ápoló szerepe a psoriasis vulgarisban szenvedő betegek biológiai terápiájának alkalmazása során, különös tekintettel a Remicade-terápiára

Ungi Lászlóné, Lakatosné Varga Marianna: SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

Magyarország lakosságának megközelítően 2%-át érinti a psoriasis vulgaris krónikus bőrgyulladásos betegség. A súlyos psoriasis kezelésben hagyományos terápiák mellett egyre nagyobb szerepet kapnak a biológiai szerek. Klinikánkon az utóbbi időben a súlyos psoriasisos betegek ellátásában a Remicade- (influximab) kezelés is bevezetésre került. A Remicade-kezelésben részesülő betegek esetében jelentett oportunist fertőzések közé tartozik – nem kizárólagosan – a tuberculosis, a pneumocystosis, histoplasmosis, cytomegalovírus-infekció, atípusos mycobacterialis infekció, listeriosis és aspergillosis. A kezelés sikeres kivitelezésének egyik elengedhetetlen feltétele a speciális ápolói teendők elsajátítása.

Az előadók saját tapasztalataik alapján mutatják be az új kezelés gyakorlati kivitelezését, valamint vázolják a Remicade-terápia során alkalmazott betegmegfigyelési szempontokat, hiszen a kezelés egyik legsúlyosabb következménye az anafilaxiás reakció lehet, melynek felismerése szakdolgozói feladat. Az előadók felhívják a figyelmet az oportunist fertőzések jelentőségére, mivel ezek gyakran tünetmentesek, így felismerésük igen nehéz.

Dr. Gyulai Rolland: Biológiai terápiák alkalmazása pikkelysömörben

Dr. Gyulai Rolland: SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

A pikkelysömör az egyik leggyakoribb krónikus gyulladásos bőrbetegség. A bőrtünetek mellett sokszor társul ízületi- és körömérintettséggel, a betegek életminőségét jelentősen rontja. A psoriasis kezelésében jelentős változást eredményeztek a betegség patomechanizmusának ismeretén alapuló, célzottan ható biológiai készítmények. Az előadás a pikkelysömör terápiájában alkalmazott biológiai szerek hatásmechanizmusának, alkalmazásának, hatékonyságának és főbb mellékhatásainak főbb kérdéseit tekinti át.

Hogyan oktassunk?

Kovács Éva: A betegoktatás jelentősége a cukorbetegségben

Kovács Éva: Dr. Bugyi István Kórház Diabétesz Szakrendelés

A cukorbetegség krónikus – felfedezés után – élethosszig tartó megbetegedés, mely a rendszeres orvosi ellenőrzésen túl a betegek részéről is jelentős erőfeszítést követel.

Ahhoz, hogy a diabéteszes ember a szükséges életmódbeli és gyógyszeres vagy inzulinos kezelést alkalmazni tudja, rendszeres – a betegség súlyosságától függően – gondozásra szorul. A gondozás elengedhetetlen része a páciensedukáció, melynek során az étrendi tanácsadáson túl a mozgás, a fizikai aktivitás jelentőségére is szükséges felhívni a figyelmet, továbbá a vércukor-önellenőrzés fontosságára, az inzulinozási technika helyes alkalmazására. Az évek során a betegek ismeretei elhalványulnak, ezért azok rendszeres, legalább évenkénti frissítése javasolt. Az előadó részletesen bemutatja a cukorbeteg oktatásának menetét, bemutatja az edukáció során a pácienseknek számára tett étrendi- és életmódbeli tanácsadás tartalmát, menetét, a vércukormérési és inzulinadagolási technika oktatásának menetét.

Kristóf Csaba: Neuropathiás betegek oktatása

Kristóf Csaba: Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinika

A neuropathiás fájdalom gyakoriságát illetően a diabéteszes-neuropathiás betegek egyharmada, az ismeretlen eredetű polineuropathiások 65–80%-a, a stroke-on átesett betegek 8%-a, a gerincvelősérültek és/vagy övsömörön átesett 60 év feletti betegek 50%-a szenved neuropathiás fájdalomtól. A megfelelő kezelés nem képzelhető el a betegek aktív részvétele nélkül. A betegvezetés során fontos, hogy a betegek önállóvá váljanak, megtanuljanak együtt élni betegségükkel. A megfelelő compliance eléréséhez szükséges, hogy elfogadják betegségüket, és az általunk rendelkezésre bocsátott ismeretek segítségével képesek legyenek saját betegségüket a legoptimálisabban kezelni.

Az előadó ismerteti a neuropathiás betegek oktatásához szükséges alpmomentumokat, a neuropathia-kezelés sajátosságait, azokat a készségeket, melyek megtanítása nélkülözhetetlen az ilyen betegségben szenvedő páciensek mindennapi életéhez, mivel csak a gondozás és oktatás révén biztosítható mindaz az előfeltétel, hogy a krónikus állapottal együtt élni kénytelen beteg képessé válhasson állapota optimális szinten tartására.

Kendőzetlenül a halálról és a gyászról

Lantos Katalin: A haldoklás pszichológiai stádiumai, a haldokló betegek pszichés támogatása a beteg haldoklásának időszakában

Lantos Katalin: Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A súlyos állapotban lévő és haldokló betegek többsége tisztában van állapotával. A diagnózis közlése továbbra is az orvos feladata, de ha a beteg szeretne betegségéről beszélni valakinek, lehetővé kell ezt tenni. A haldokló betegek többsége az egészségügyi személyzet tagjaival szívesebben osztja meg szorongásait, hiszen lehet, hogy éppen a család miatt szorong. A beteg nem elsősorban a haláltól fél, hanem a szenvedéstől, egyedüllétől.

Az előadó ismerteti a haldoklás szakaszait (elutasítás, harag, alkudozás, depresszió, belenyugvás) Elisabeth Kübler-Ross alapján, valamint az egyes szakaszokban az egészségügyi személyzettől és a családtagoktól elvárt és kívánatos viselkedési módokat. Az előadás során a résztvevők megismerhetik az egyes szakaszokban végbemenő lelki folyamatokat, illetve iránymutatást kaphatnak az egyes szakaszokban történő lelki segítség lehetőségéről.

Monostori Dóra: A gyermek halálképének és gyászfelfogásának változása az életkor folyamán
Monostori Dóra: Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

A mai társadalomra jellemző, hogy a gyermeket megpróbáljuk kirekeszteni a beteg, esetleg haldokló emberek életéből, mert úgy gondoljuk, hogy ezzel jót teszünk. Nem is feltételezzük, hogy egy gyermek is részese lehet egy családtag meghalásának, és éppen ugyanúgy gyászol, mint egy felnőtt. A gyermek halálképének változása három szakaszon megy keresztül a gyermekkor folyamán. 3-5 éves kor között beszélhetünk animista felfogásról, amikor a gyermek szerint a halál egy átmeneti állapot, nem tart örökké. A halott érez, gondolkodik, a sírból bármikor kiléphet. Ezt követi 5 és 9 éves kor között a perszonifikáló (megszemélyesítő) felfogás, amely során személyes tulajdonsággal, külsővel ruházza fel a halált (pl. csontvázember, kaszás). A gyermek ekkor már képes különbséget tenni halott és halál között. 9 éves kor után következik a reális felfogás szakasza, amikor a halálban testi folyamatot lát a gyermek, kezdi elkülöníteni a testet a lélektől, ezzel közelít a felnőtt emberek halálképéhez.

Az előadó ismerteti ezen szakaszok részletes lefolyását, illetve saját gyakorlati tevékenységéből merítve, haldokló daganatos gyermekek példáival illusztrálja az egyes szakaszokat.

Kristóf Csaba: Terminális stádiumban lévő betegek ellátásának jogi és etikai kérdései

Kristóf Csaba: Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinika

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (99.§) értelmében (1) A haldokló beteg gondozásának célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának halálig való megőrzése.

(2) Az (1) bekezdés szerinti cél érdekében a beteg jogosult fájdalmának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedésének enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban levő más személyek mellette tartózkodjanak.

Az előadó ismerteti a haldokló betegek ellátására vonatkozó törvényi szabályozásokat. Részletesen kitér a haldokló beteg autonómiájára, önrendelkezési jogára, a tájékoztatáson alapuló beleegyezésre és az ellátás visszautasításának jogára, valamint ismerteti a „Haldokló betegek Chartájá”-t.

Új vesével élni

Dr. Szederkényi Edit: A vesetranszplantáció alapjai

Dr. Szederkényi Edit: Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Transzplantációs Osztály

A végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő beteg életben tartására két lehetőség van: dialíziskezelés és veseátültetés. Mindkét vesepótló kezelés önmagában biztosítani tudja a beteg életben tartását, azonban a transzplantáció biztosítja a beteg teljes rehabilitációját, jobb életminőséget és hosszabb távú életet. Az átültethető vese származhat cadaver donorból vagy élő donorból, az átültetésre váró recipiens lehet krónikusan dializált vagy olyan végstádiumú krónikus veseelégtelen beteg, aki közvetlenül a dialízis előtt áll, tehát a veseátültetésnek nem abszolút feltétele a dialízis.

A legtöbb veseátültetés az egész világon agyhalottból származó cadaver vesével történik. Ez így van hazánkban is. A vesetranszplantáció kezdeti korszakában az élő donoros átültetés volt az egyetlen lehetőség a transzplantációk elvégzéséhez. A cadaver vese donációnak két kulcsfontosságú jogi-szakmai kérdése van: az agyhalál megállapítása és a szervkivétel szabályozása, amelyek jogi kereteit a jelenleg érvényben lévő 1997. évi CLIV. törvény adja meg. Az előadó rövid, átfogó képet ad a veseátültetésről, ezen belül a transzplantáció immunológiai feltételeiről, a donorkérdésről, különös tekintettel az élő donációra, a várólistára. Ismerteti a transzplantációs sebészetet, az utókezelést, illetve a transzplantáció legújabb eredményeit.

Dán Andrásné: Transzplantált betegek oktatása

Dán Andrásné: Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Transzplantációs Osztály

A vesetranszplantáció egy szervezetet megterhelő beavatkozás, és egy egész életre szóló életmódbeli változást igényel. A helyes életvitel megtartásával a transzplantált beteg teljes értékű, minőségi életet élhet. Fontos a folyadékháztartás rendezése, a bevitt és ürített folyadék mennyiségének rendszeres kontrollja, hiszen az új vese működését napról napra figyelemmel kell kísérni a beteg otthonában is. A kilökődés veszélyére, annak első jeleire fel kell hívni a beteg figyelmét. Az immunszuppresszív terápia egy életen át tartó folyamat, ezért meg kell értetni a páciensekkel, hogy a gyógyszeresedés elmulasztása milyen súlyos következményekkel járhat. A rendszeres orvosi ellenőrzés is elengedhetetlen, ezért fontos a kontrollra való előkészületek részletes oktatása. Az előadó bemutatja ezen fontos tevékenységeket, elmondja a mindennapi életmódbeli tanácsokat, ismerteti továbbá a szájhygiéné fontosságát és a kontroll előtti teendőket.

Katona Zsolt: Veseátültetésem története

Katona Zsolt: vesetranszplantáción átesett beteg

A veseelégtelenségemre négyéves koromban derült fény, kamaszkoromig szoros megfigyeléssel és étrendi megszorítással egyensúlyban volt tartható az állapotom. Tizennégy évesen kezdődött a vesepótló kezelésem Peritoneális Dialízis formájában, az országban elsők között használhattam a CAPD kezelésben éjszakai gépet. Sajnos egy évet követően szövődményként steril hashártyagyulladásom alakult ki, így a kezelésem haemodialízissel folytatódott. Tizenhét éves koromban estem át vesetranszplantáción, a műtéti felépülésem nem volt hosszadalmas, és utána teljes értékű életet éltem. Aktívan sportoltam, versenyszerűen úsztam, a transzplantáción átesettek olimpiáján érmet is nyerem. Öt év elteltével ismét romlottak vesefunkciós értékeim, újra elkerülhetlenné vált a haemodialízis, és ismét a veseátültetésre várók listájára kerültem. Másfél év elteltével 2002-ben egy hajnali órában érkezett a telefon, hogy ismét találtak alkalmas szervet. Azonnal Budapestre utaztunk szüleimmel és kora délután már a műtőasztalon voltam. Négy hetet töltöttem kórházban a műtétet követően, az első hat héten hetente kellett ellenőrzésre jánom, így ezt az időszakot a testvéremnél töltöttem Budapesten. Hat hét után is rendben voltak a leleteim, így már elegendő volt kéthetente ellenőrzésre jánom. Ma már háromhavonta szükségesek az ellenőrzések, életmódban fokozottan kell ügyelnem a napi folyadékfogyasztásra, minimum 3-4 liter folyadékot kell fogyasztanom, négyszer két tableta vízhajtóval. Azóta teljes értékű életet élek

normál étrendet fogyasztok, dolgozom, sportolok, rendszeresen kell gyógyszert szednem, ezek között van immunrendszert befolyásoló készítmény. A megfázásokban jobban kell magamra figyelnem, mert védőoltások használatát nem tanácsolták.

Mit rejt a pohár feneké? Avagy az alkoholbetegségről leplezetlenül

Bodóné Rafael Beatrix: Az alkohol rabságában

Bodóné Rafael Beatrix, Andó Bálint: Szegedi Tudományegyetem Klinikai Központ, Pszichiátriai Klinika, Szeged; Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

Az alkohol egyike az emberiség által leggyakrabban használt pszichoaktív drogoknak. Hatására feloldódhatnak a személyiségen belüli feszültségek, konfliktusok, elmosódhatnak az önképben rejlő, állandó szenvedést okozó torzulások. A lehangoltság, a büntudat, az üresség, a reménytelenség tartós érzése egyfajta űrt képez az emberben, amelyet a kémiai anyag vagy szenvedélyszerű viselkedés könnyen kitölt. Jelentős kialakító és fenntartó tényező a szociális környezet is (szocializációs ártalmak, deviáns csoportok stb.).

Szenvedély kialakulása során az egyén pillanatnyi örömekre cseréli fel hosszú távú céljait és törekvéseit, anticipációs képessége lebomlik, és az életét a szenvedély kielégítésére irányuló rövid távú késztetések vezérlik. Az élettevékenység nagymértékben beszűkül az alkohol beszerzésére és fogyasztására: kialakul a hozzászokás, *addikció*. Az addikció rendszerint *toleranciával* (az alkohol hatásának csökkenése a folyamatos fogyasztás során) és *dependenciával* jár együtt. A dependencia egyik klinikai ismérve a *megvonási tünetek* jelentkezése az alkohol hiánya esetén, mely a nyugtalanságtól, hangulatzavartól a delírium tremens tünetcsoportjáig terjedhet. Az alkoholizmus súlyos lelki, idegrendszeri szövődmények, kialakulásához vezethet: korai elbutulás, leépülés, a megjegyző és előhívó emlékezet zavara, pszichotikus zavarok stb.

Az alkoholbetegek kezelése ma már többféle terápiás formában, sokféle szakmai elmélet alapján működhet, melyek célja a tartós és stabil absztinencia, a munkára, az alkoholmentes szociális kapcsolatokra való alkalmasság, valamint a stabil lakóhely és egzisztencia kialakítása. Az előadás során áttekintjük az alkoholbetegség kóroktani és terápiás modelljeit.

Nikovics Balázs: OMSZ ellátás akut alkoholbefolyásolt és alkoholbetegek esetén

Nikovics Balázs: Országos Mentőszolgálat Dél-alföldi Regionális Mentőszervezet, Szeged

Az OMSZ gyakorlatában a praehospitalis ellátás alatt különbséget kell tenni az ittasság, a részegség és az intoxicatio között az akut alkoholproblémák ellátásában a lakásban és a többnyire közterületen történt ellátásban. Ha a helyszín a lakás, akkor (csak részegséggel) nem szállítható el, ha már sérülés észlelhető vagy neurológiai és más tünet, akkor azonban igen. Amennyiben intoxikáció áll fenn (hányás aspiratio veszélye) akár karhatalom segítsége is igénybe vehető. Nehéz, de fontos megítélni, hogy hova szállítjuk, hogy rendelkezik-e a jogaival, ilyenkor mik a célintézményi lehetőségeink. Az alkoholbetegek esetén vagy az alkohol megvonásnál leggyakoribb a gastrointestinalis vérzés, valamint a grand mal, amivel találkozunk. Közterületen nehéz tisztázni a postconvulsiv tenebrositas miatt, hogy első roham-e, esetleg ismert epilepsziás beteg. Itt is kérdés a célintézmény. A helyszíni betegvizsgálat nehézségei a homoanamnesis során már jelentkeznek, de sokszor a heteroanamnézis a hasonló

alkoholos állapot miatt sem nagy segítség. Az alkohol hatásai elfedhetik a tüneteket, akár neurológiai tünetek, akár chronicus aethylismusnál, az alkoholos polyneuropathia esetén, a sérülések okozta fájdalom hiánya miatt nem veszünk észre valamit. Fontos a vércukormérés: lehet, hogy a zavart viselkedése mögött az is szerepet játszik, egy alkoholos a foetor észlelésekor. Az egyértelműen "Földön fekszik, részeg" bejelentéshez a szolgálatvezetés kompetenciájába tartozó döntés alapján általában nem a legképzettebb mentőegység (KIM, Eset, ROKO) vonul ki. Télen ezeknél az ellátottaknál kiemelten fontos a maghőmérséklet mérés, az azonnali melegítés. Sokszor mérlegelnünk kell a különböző lehetőségeinket a szakmai protokollok mellett, esetenként saját védelmünkben is. Gyakori az alkoholos befolyásoltság következményei miatti OMSZ ellátottak között a hajléktalan, gondozatlan, több más betegséggel küzdő ember.

Banga Béla Erik: Az alkoholbetegek és intoxikált betegek sürgősségi ellátása

Banga Béla Erik: Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ II. sz. Belgyógyászati Klinika „B” Részleg, Sürgősségi Betegellátó Osztály

Az alkoholbetegek egészségügyi ellátását a frontvonalban a mentők és a sürgősségi osztályok látják el. Itt legfontosabb az alkoholizmus okozta betegségek akut ellátása és a lehetséges betegutak megszervezése. Az elsődleges diagnózisok felállítása és az oxiológiai ellátás mellett és utána az agitált betegek vezetése és a többi ellátott védelme is a sürgősségi ellátás feladata. Osztályunk illetékességi területén az OMSZ által beszállított betegek egy része akut intoxikációban szenved, ellátásuk hasonló nehézségekkel jár, mint az alkoholbetegeké. Amíg osztályunk a baleseti ellátást is végezte, magas arányú volt az alkohol befolyásolása alatti sérülés, melynek csak egy részében ismerik be ezt a betegek. Az ápolási és terápiás irányzatok előírás szerinti kivitelezése az akut ellátásban ezeknél a betegcsoportoknál sok nehézséggel ütközik. Ennek megoldásának szakmai és jogi hátterét is áttekinti az előadás, az ellátott, a többi kiszolgált beteg és az ellátást nyújtó személyzet vonatkozásában. Nagy nehézséget jelentenek az alkoholbetegek családi körülményei az akut ellátás során, mert sokszor nem áll rendelkezésre semmilyen információ és támogató háttér, visszaforgató környezet, mely sokszor életet menthet.

Katona Enikő: Az alkoholmegvonásos szindrómákról ápolói szemmel

Katona Enikő, Szeri Szilvia: Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika, Addiktológia Osztály

Alkoholbetegnek tekintjük azokat az egészségügyi ellátásra szoruló rendszeres italfogyasztókat, akik italfogyasztásuk következtében személyiségi, magatartási, társadalmi életviteli formában súlyosan sérültek, az alkohollal pszichés függőségbe kerültek vagy/és szomatikusan is károsodottak. Az osztályunkon kezelt betegek nagyobb része sürgősségi beszállítással érkezik, vagy önkéntes elvonó kezelést vállal, és így kerül a gyógyító közösségbe. Az addiktológiára beszállított alkoholbetegek nagyobb részénél fordul elő az alkoholmegvonásos szindróma tünetegyüttes. Az előadásban bemutatásra kerülnek a szükséges elméleti ismeretek a megvonásos epileziáról, tüneteiről, és a később kialakuló delirum tremens tüneteiről, ezzel kapcsolatos gyakorlati teendőkről. Valamint ismertetésre kerülnek az akut

alkohol intoxikált beteg ellátása során felmerülő problémák és azon gyakorlati feladatok, amely osztályunkon megvalósításra kerülnek.

Szűcs Beáta: Alkoholista beteg anesztéziái vonatkozásai

Szűcs Beáta: Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

Céлом az, hogy bemutassam az anesztéziával kapcsolatos nehézségeket az alkoholbeteg, illetve az akut alkohol intoxikált betegek esetében, a műtét előtti teendőktől az altatási technikán és a postoperatív szakaszon át a rehabilitációig. A statisztikából kitűnik, hogy körülbelül mennyi alkoholista vagy alkoholos állapotban lévő műtétet igénylő beteget látunk el évente.

Röviden bemutatom az alkohol hatásait a különböző szervekre-szervrendszerekre, és ezek hogyan befolyásolják az alkalmazandó anesztéziát a központi idegrendszer, a máj, a gyomor-bél rendszer, a vese, a víz-elektrolitháztartás vonatkozásában. Milyen veszélyeket kell felismernie az anesztézia megválasztásakor az altatást végző orvosoknak és asszisztenseknek, nem utolsósorban az osztályon dolgozó ápolóknak. Részletesen kitérek a tervezett műtéti anesztézia előtti teendőkre, a gyógyszerhatásokra és mellékhatásokra az intravénás anesztézia és a posztoperatív fájdalomcsillapítás tekintetében. Bemutatom az alkoholmegvonás tüneteit, kezelési lehetőségeit és az anesztézia utáni veszélyeket és teendőket.

Török Mónika: Az alkoholizmus és a szociális süllyedés

Török Mónika: Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

Az alkoholbetegek többsége nem rendelkezik a súlyos alkoholfüggőség jeleivel, családi környezetben él, munkahelye van, rendezett a külseje. Elsősorban szomatikus panaszai miatt, mint gyomor-bél panaszok, vérnyomás-emelkedés, lábikragörcsök, az erőnlét csökkenése vagy pszichés panaszok (feledékenység, alvászavar, idegesség, rossz hangulat) keresik fel orvosukat, de ezek alkoholfogyasztással való kapcsolatát elhallgatják, nem ismerik el, tagadják.

Az előadásban azon csoportról esik szó, aki a súlyos alkoholizmus miatt elhanyagolják saját magukat és családjukat, a családtagoknál rossz viselkedési minta alakul ki. Munkahelyi problémák, a munka minőségének csökkenése a munkahely és a munkaképesség elvesztéséhez vezethet. Ezzel egyenes arányban áll az alkoholizmus és a szegénység, a párkapcsolat felbontása, hajléktalanság kialakulása. Az előadásban ezen kívül bemutatásra kerül az alkoholizmus és a bűncselekménytípusok és az öngyilkosság kapcsolata. Valamint hogy a szociális háló miben tudja segíteni italfogyasztásuk következtében a személyiségi, magatartási, társadalmi károsodást szenvedett betegeket.

Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése

Arany Ida: A decubitus ellátásának általános elvei

Arany Ida: ÁNTSZ Dél-alföldi Regionális Intézet

A decubitus (nyomási fekély) más meglévő betegség vagy károsodott állapot talaján kialakuló kórkép, amely a beteg szempontjából sok szenvedést, hosszú ápolási időt, romló életminőséget,

az egészségügyi ellátórendszer szempontjából jelentős humán és technikai erőforrás-ráfordítást és nagy ellátási költségeket jelent. Fennállása a betegre és az egészségügyi ellátórendszerre egyaránt nagy terheket ró, ezért megelőzése és hatékony kezelése rendkívül fontos. Nemzetközi tendencia a népesség elöregedése, melynek következtében a betegségstruktúrák változásai miatt a decubitus világszerte – így hazánkban is – egyre nagyobb méreteket ölt.

Európai adatok alapján becsülve Magyarországon kb. 30-35 000 beteget érint ez a probléma. A kialakult seb sok szenvedést okoz, a kezelés rendkívül drága és hosszadalmas. A sebeket kísérő szövődmények, a fájdalom, a fertőzések kezelése, a rendszeres kötözés nagyon költséges, a fertőzéses, szepikus állapot kialakulása pedig halált okozhat. Mindezen szempontok miatt egyre inkább teret nyer a széleskörű prevenció, valamint a kialakult kórkép komplex kezelése, amely a korszerű sebkezelésen túl magában foglalja a bőrvédelem, inkontinencia-ellátás, táplálásterápia, mobilizálás, tehermentesítés, fájdalommenedzsment kérdéskörét is. Az előadás a komplex ellátás nemzetközileg alkalmazott elemeit ismerteti a szakdolgozókkal, felkészítve őket arra, hogy hatékonyan tudják alkalmazni a megfelelő megelőzési és kezelési stratégiákat a betegellátás bármely színterén.

Móricz János: A modern (nedves sebkezelő) termékek indikációi és alkalmazásának módjai
Móricz János: Hartmann-Rico Hungária Kft.

A gyógyászatban számtalan modern sebkezelési módszer ismeretes, melyek nagyban megkönnyítik a különböző súlyos, krónikus sebek kezelését. Amellett, hogy alkalmazásuk igen egyszerű, higiénikus sebgyógyulást tesznek lehetővé. Az előadás célja, hogy a szakdolgozó ismerje a nedves sebkezelő termékek tulajdonságait, alapanyagait, melyek meghatározzák az alkalmazásának lehetőségeit. Elkerülendő a nem megfelelő indikációra történő használatot, cél a biztonság és a maximális hatékonyság elérése.

Az előadó ismerteti és szemlélteti a Hartmann-Rico Hungária Kft. által forgalmazott nedves sebkezelő termékek használatának indikációit, szabályait, bemutatja a nevezett termékeket, azok tulajdonságait, hatékonyságát, biztonságát, és lehetőséget biztosít a termékekkel való közelebbi megismerkedésre.

Híd a szájüregi egészséghez

Bácsfalusi Katalin: A legmodernebb eljárások a képi diagnosztikában
Bácsfalusi Katalin: Tace-Dental Bt.

A gyógyításnak és a helyes kezelési mód kiválasztásnak gyakran gátat szabnak az elégtelen vizsgálóeljárások és az azokból adódó rossz, téves diagnózisok. Igazi áttörést jelentett Wilhelm Conrad Röntgen felfedezése az elektronsugárral, melyet az utókor röntgensugárzásnak nevez. Az, hogy a sugárzás áthatol az izmokon és a lágyrészeken, de a csontokon elnyelődik, új irányt adott az orvosdiagnosztikai fejlesztésnek. Létezik a kétdimenziós felvétel, ahol az orvos a páciens háromdimenziós koponyáját, csontszerkezetét két dimenzióban látja. Tökéletes ez a felvétel minden fogászati kezeléshez (fogpótlások tervezése, általános szájsebészeti beavatkozások stb.) és az implantátumos fogpótlás körülbelüli megtervezéséhez. A digitalizálás ezen a téren is megjelent. A hagyományos röntgenhez képest elenyésző a sugárterhelés, a kép pillanatok alatt elkészül, és a számítógépen azonnal megtekinthető. Egy program segítségével

a kép formázható, és a szakorvos méréseket is tud ezáltal végezni. A panoráma-röntgenfelvételen kívül hasznos vizsgáló eljárás még a 3D CT-felvétel, melynek kiemelkedő szerepe van pl. az implantációs beavatkozások előtt.

Az előadó részletesen ismerteti a fent nevezett diagnosztikus eljárásokat, illetve hogy melyiket milyen fogászati elváltozások diagnosztikájára célszerű alkalmazni.

Hódi Annamária: A biofogászat térhódítása napjainkban

Hódi Annamária: Tiszaparti FogCentrum Kft.

Hazánkban egyre többet hallani a biofogászatról mint modern, természetes fogászati ellátásról. Eddig a beavatkozásoknál vegyi, kémiai anyagokat használták alapértelmezésben, azonban egyre nagyobb teret kapnak a természetes anyagok és eszközök, gyógyítási módok. Több évtizede alkalmazott tömőanyag az amalgám. Valóban káros a szervezetre vagy csak egy reklámfogás az esztétikai anyagok piacának? Több esetben előfordul, hogy a páciensek allergiás reakciót produkálnak a különböző fémekre vagy akrilátok komponenseire. Egy biofogászati rendelőben hogyan lehet mindezt megelőzni?

Az előadó előadásában bemutatja a biológiai szemléletű fogászati ellátást, mely körébe tartozik a szakorvosi állapotfelmérés, gócvizsgálat, összefüggések megállapítása más betegségekkel, higanytartalmú amalgámtömések végleges eltávolítása, fogszínű tömések és pótlások készítése egészségbarát anyagokkal, valamint a fogfehérítés, tehermentesítő „szelíd” gyógymódok, speciális méregtelenítő eljárások és a tanácsadás.

Idovika Bettina: Prevenció a családtervezéstől felnőttkorig

Idovika Bettina: Ido Trio Kft., Tiszaparti FogCentrum Kft.

Manapság sokat lehet hallani a tudatos családtervezésről. Felhívják a nők, a családok figyelmét a nőgyógyászati rákszűrésre, a magzatvédő vitaminokra, a genetikára, a DNS-re, még arra is, hogy a várandósság alatt a hormonváltozás miatt fokozott figyelem szükséges a fogápolás területén. A kismamáknak a 9 hónap alatt kötelező megjelenni a fogászati rendelőben, de mi is történik ott? És miért? Kevesen tudják, hogy az anya szájhigiénéje befolyásolja a magzat egészségét. A nem megfelelő állapot akár koraszülést vagy vetélést is okozhat. És mi befolyásolja az anya állapotát? És az apa, a környezet tehet valamit a közös cél, az egészséges gyermek fejlődése, születése érdekében? És mi a feladata a szülőknek a gyermek fogápolásával kapcsolatban? Az egészségügyi szakma különböző területeinek képviselői között sincs egyetértés a témáról. Fontos, hogy a szülők megfelelő időben elkezdjék a gyermek szájúregének tisztítását a későbbi problémák megelőzésének érdekében.

A továbbiakban a korosztálynak megfelelő helyes fogápolási technika és fogápolási eszközök használta, illetve ezek alkalmazásának megtanítása is felelősséget jelent a szülőknek és a szakmának is.

Dr. Németh Anikó: Élménybeszámoló – Implantációm beültetésének története

Dr. Németh Anikó: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A fogazat elvesztése nemcsak az elégtelen szájapolás következtében lehetséges. A foghiány pótlására számos lehetőség kínálkozik, de ezek közül az egyik legmodernebbet, a fogimplantációt mutatja be az előadó saját élményei alapján. A modern, titán alapú fogbeültetést 40 évvel ezelőtt találták fel Svédországban, de napjainkban hódít igazán. Míg néhány évvel ezelőtt a fogak pótlására a korona volt a bevett szokás középen egy híddal, addig mára már egyre több ember választja az esztétikusabb fogimplantátumot, mely megfelelő ápolás mellett akár egy életre szóló „új fogat” eredményezhet. Az előadó elbeszéli két örlőfogának kisgyermekkorai elvesztését, melyet nem követte a maradandó fogak megjelenése, és ebből adódóan vált szükségessé a hiányzó fogak pótlása. Részletesen ismerteti a fogimplantáció menetét, az előkészületeket, és a műtét során átélt élményeket. Bemutatásra kerülnek a nála alkalmazott eljárások és implantátumtípusok, valamint a műtét részletes menete, illetve a műtét utáni napok szigorú „menetrendje”.

Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai

Dr. Németh Anikó: A mágnes hatása a szervezetre

Dr. Németh Anikó: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A Föld mágneses terének ereje egyre jobban csökken, ami hatással van az emberi szervezetre is. Ezen mágneses tér nélkül nincs élet a bolygón, hiszen az élővilág a kezdetek óta az elektromágneses hullámok befolyása alatt működik. A sejtek működését, feladatait az élő szervezetekben a belső mágneses rend határozza meg. Ennek a mágneses rendnek a megbomlása hibás sejt működéshez, majd betegségekhez vezet. Legsúlyosabb megbetegedés a mágnes-tér-hiányos tünetegyüttes (MTT), mely váll-, hát-, és nyakmerevséggel, tisztázatlan eredetű mellkasi fájdalommal, állandó fejfájással, szédüléssel, székrekedéssel és általános fáradtságérzéssel jár. Ezen tünetegyüttes megelőzése szempontjából fontos a szervezet mágneses egyensúlyának visszaállítása, melyre számos lehetőség kínálkozik a mágneses karkötőtől a magnetoterápiás készülékekig. A mágneses terápia hatására javul a sejtfalláteresztőképessége, élénkül a központi idegrendszer működése, felgyorsul az anyagcsere, csökken az oedema, javul a vérkeringés, ezáltal a szervek oxigéntelítettsége is fokozódik. Továbbá fájdalomcsillapító és gyulladásgátló hatással is rendelkezik a mágnes, valamint fokozza a szervezet immunválaszát. Az előadó előadásában részletesen bemutatja a mágnes hatását a szervezetre, valamint ismerteti a mágnes-terápiás lehetőségeket.

Ménesiné Barta Valéria: Fitoterápia alapjai

Ménesiné Barta Valéria: Valeriána Természetgyógyászati Rendelő

A modern fitoterápia olyan tudományos és tapasztalati kincsen alapul, melynek gyökerei sok ezer évre nyúlnak vissza. A növények gyógyító erejének tudománya az emberiséggel egyidős. Legtágabb értelemben gyógynövényeknek nevezzük azokat a növényeket, amelyeket a hagyományos vagy az irodalmi adatok alapján gyógyítás céljára használnak vagy használtak fel. A WHO jelenleg 20000-30000 gyógynövényt tart számon. A Magyarországon felhasználásra kerülő gyógynövényfajok száma több mint 300. Rövid történeti összefoglaló

után az alapfogalmak és a legfontosabb jellemzők, a növényi részek, morfológiai szakkifejezések kerülnek tisztázásra. Bemutatásra kerülnek a gyógynövények alkalmazásával kapcsolatos technikai műveletek mellett a gyógynövények alkalmazási módjai. A gyógyfüves orvoslás nem egyszerűen a tünetek enyhítésére törekszik, hanem a szervezet öngyógyító munkáját kívánja segíteni. Tanít arra is, hogy egészségünk kulcsa saját kezünkben van.

Szabóné Tóth Edit: Reflexológia

Szabóné Tóth Edit: Varázsliget Egészségügyi Szolgáltató, Életmód-tanácsadó és Oktató Bt.

A reflexológia a legrégebbi kezelési módok egyike. Tapasztalatokon alapuló tudomány és művészet, az emberi érintés csodálatos művészete. A reflexzóna-masszázs bizonyos bőrterületek, pontok, zónák ingerlése, mely ingerre reflexhatás keletkezik a hozzá kapcsolódó szervben, testrészben. Leghatásosabb kezelési terület a talp. A talp reflexzóna masszázsa hat a központi idegrendszerre, a vérkeringésre és a nyirokkeringésre, valamint a belső szervekre. Elindítja a szervezet öngyógyító mechanizmusát, csökkenti a stresszt, a fájdalmat és a görcsöket, serkenti a hormontermelést, méregtelenít, testi-lelki nyugalmat ad, általános közérzetjavító hatással bír. Kioldja az energiablokkokat, helyreállítja az életenergia egyensúlyi állapotát, segít az egészség helyreállításában. Mindenkinek ajánlott kortól függetlenül a nyugati orvoslás mellett kiegészítő terápiaként.

Korunk népbetegségei

Baranyi Csaba: Diabetesek ellátása – Csapatban az aktív életért

Baranyi Csaba: Prima-Protetika Kft.

Korunk egyik népbetegsége a diabetes mellitus, melyben évről évre egyre több ember betegszik meg. Gyakoriak a betegség következtében kialakuló szövődmények, melyek közül a végtagamputációra tér ki az előadó. Előadásában a talpi ellátástól kezdve az amputáció utáni minőségi ellátás (elláthatóság) is szerepet kap. Bemutatásra kerülnek a legkorszerűbb végtagprotézisek (anyag, elkészítés), az eszközök használhatósága a páciens és a műszerész szemével. Az előadó kitér a páciens és család által megélt sikerekre, kudarcokra is. Az amputált végtag nem jelenti az élet tönkremenetelét, hiszen a rehabilitációs team segítséget nyújt mindenben a betegnek és családjá számára is. Az előadó ezen segítségnyújtási lehetőségeket is ismerteti a műtéttől az aktivitási szint fenntartásáig.

A szakdolgozói hivatás színes világa

Vecsernyés Erzsébet: Tudnivalók, aktualitások a véralvadásgátló kezeléssel

Vecsernyés Erzsébet: Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza

Magyarországon kb. 500 000 ember részesül véralvadásgátló terápiában, de a tapasztalatok szerint a betegek felének nem megfelelő a gyógyszeres kezelése. Ennek számos oka lehet, pl. hormonális változások, stressz, más gyógyszerek hatása stb. Továbbá jelentős szerepet játszik ebben, hogy a betegeknek nincs kellő ismerete a kezeléssel és annak hatásairól. A megfelelő hatás elérése érdekében a szokásosnál sokkal nagyobb szükség van a fegyelmezett együttműködésre. Ennek hiánya a terápia hatástalanságát vonja maga után, ami aluldozírozás

esetén újabb vérrögösödés kialakulását, túldozírozás esetén pedig vérzékenységet okoz. Mindkettő életveszélyes állapot, ezért megelőzése céljából elengedhetetlen a betegek és az ellátó személyzet ismereteinek széleskörű bővítése az életmóddal, életvitelükkel kapcsolatosan.

Az előadásban bemutatásra kerül a normális és a kóros véralvadási folyamat, milyen betegségekben szükséges és hogyan a véralvadásgátló alkalmazása. Milyen hétköznapi tényezők befolyásolják és kockáztatják a terápia hatékonyságát, és milyen tünetekre kell odafigyelnünk túladagolás gyanújakor. Bemutatjuk a CoaguChek XS készülék működését, melynek köszönhetően pillanatok alatt pontos, megbízható INR szint mérhető akár már otthoni körülmények között, pont oly egyszerűen mit a vércukor-ellenőrzés.

Varga Mónika: A kompressziós terápia jelentősége a klinikumban

Varga Mónika: SZTE ÁOK Központi Fizioterápiás és Rehabilitációs Részleg, Oktatási Csoport

A kompressziós terápia régóta ismert, mindennapos kiegészítő terápia számos klinikumban. A kompresszió felhelyezése a betegre, azaz a fászlizás, szinte kizárólag szakdolgozói feladat, melyet sok esetben a jó minőségű fáslik és kiegészítő eszközök hiányában nem tudnak megfelelően alkalmazni. A nem megfelelően alkalmazott kompresszió viszont nem biztosítja a kellő hatékonyságot, esetleg ronthat is a beteg állapotán. Az előadásban bemutatásra kerülnek a kompressziós terápia leghatékonyabb módszerei és az ehhez szükséges eszközök. Az előadó ismerteti azokat a kórképeket, ahol a kompressziós terápiát eddig nem alkalmazták, de hatékony kiegészítése lehet a beteg kezelésének.

Koponyaűri vérzések az észleléstől a rehabilitációig!

Banga Béla Erik: Koponyaűri vérzéses állapotok okai, ellátása – sürgősségi szemlélet

Banga Béla Erik: SZTE SZAKK II. Belgyógyászati Klinika és KK., Sürgősségi Betegellátó Osztály

A beteg megérkezésekor életmentő lehet a korrekt triage, anamnézis-felvétel, az első gyors ápolói vizsgálat még az orvosi előtt. A cerebrovascularis érintettségű kórképek kisebb százaléka érkezik járóként, többségük ügyeleti vagy mentőellátás után iránydiagnózissal. Stroke lehet vérzéses, amit egy agyi ér aneurysmájának megrepedése okoz, vagy vértelen (ischemiás), ekkor trombózis vagy embólia által kiváltott keringészavar lép fel. Kialakulásának helyét tekintve lehetnek pókháló hártya alatti és állományi vérzések. Tünetei: hirtelen fellépő éles fejfájás, arc, kar vagy láb egy oldalon fellépő gyengesége vagy bénulása, beszédzavar, homályos látás, tájékozódási és memóriazavar, hányás. A differenciál-diagnózishoz elengedhetetlen a neurológiai szakorvosi vizsgálat, az eszközös diagnosztika és az ápolói betegmegfigyelés. Kiemelt a jó kórtörténet, az állapothoz vezető mechanizmus, családi és kórelőzmény, az időpontok minél közelebb felderítése. A sürgősségi állapotfelméréshez használatos skálák is ismertetésre kerülnek, a APACHE II, STAPS II a SOFA és a GCS, valamint azok a jellemzően koponyaűri vérzésre utaló, megfigyelhető állapotváltozások, melyeket nekünk, ápolóknak kell észlelnünk, rögzítenünk. A pontos diagnózisok felállítása után a betegnek legmegfelelőbb betegút időben történő megtalálása a beteg életét mentheti meg.

Botyánszky Márta: Az intracranialis aneurysmák endovascularis ellátása

Botyánszky Márta: Euromedic Diagnostics Magyarország Kft. Szeged, DSA labor

A populáció 1-6%-ában fordul elő az intracranialis arteriákon körülírt tágulat, azaz aneurysma. Az aneurysmák legfőbb veszélye a lágy agyhártya alatti vérzés (SAH), amely 30-50%-ban halálos. Az aneurysmavérzés megelőzésére olyan eljárás alkalmas, amely kirekeszti a keringésből a zsákot. Ma erre a célra minden alkalmas esetben a műtéti beavatkozásnál modernebb, úgynevezett endovascularis eljárást alkalmazunk. Ennek során az érzsákot spirállal kitömjük, s ha szükséges, ezt stenttel is megtámogatjuk. A széles nyakú, nagy aneurysmáknál bevált új módszer a „flow diverter” behelyezése, mely a szülőér megkímélésével zárja le az aneurysma nyakát. Tapasztalataink szerint az esetek 80-85%-ban ez a módszer kiváltja a sebész műtéti beavatkozást.

Kovács Árpád: SAH-Stroke aneszteziológiai vonatkozása a műtéti vagy invazív radiológiai ellátás során

Kovács Árpád: SZTE SZAKK AITI Új Klinika Központi Műtő

A stroke neurológiai tünetegyüttese mellett a diagnózist megerősíti a CT-, MR-vizsgálat valamint direkt érfestés DSA (digitális szubsztrakciós angiographia), ahol aneszteziológiai közreműködéssel történnek meg a diagnosztikus és terápiás beavatkozások, speciális altatási körülmények biztosítása mellett. A már bekövetkezett stroke ellátásában döntő szerepet játszik az időfaktor. Az ellátás történhet idegsebészeti beavatkozással, amikor egy klipet helyeznek fel az aneurysmazsák kezdetéhez, így zárva ki azt a keringésből, vagy invazív radiológiai eljárással, az artéria femorálison felvezetett katéter segítségével speciális anyaggal töltik ki az aneurysmazsákot, így módon szintén kizárva azt a keringésből. Bizonyos esetekben nem lehetséges végrehajtani invazív beavatkozást (súlyos roncsoló állományi vérzés, vasospasmus, magas koponyaűri nyomás), ilyenkor a konzervatív kezelés kerül előtérbe mint ellátási lehetőség. A SAH szövődményeként jelentkezik a liquor elfolyási zavar, ami koponyaűri nyomásfokozódáshoz vezet. A kezelésben a gyógyszeres dehidráció (mannisol) mellett a kamrai vagy lumbális drain behelyezése ajánlott, mely az idegsebész és az anesztézia finoman összehangolt együttműködését követeli meg. További szövődmény lehet még a vasospasmus, ami a vérzést követő 4-14 napban csúcsosodik, majd enyhül. Aneszteziológia feladata a műtét során fenntartani a klippelésig a 100 Hgmm körüli systolés vérnyomást (kontrollált hipotenzio), majd visszatérni a normotenzios tartományba, valamint kerülni a gyógyszereket, melyek emelik az ICP-t (succinylcholin, ketamin) az enyhe hipocapniát. Az előadó részletesen bemutatja a koponyaűri vérzések ellátásának aneszteziológiai vonatkozásait.

Benyó Lajos: Koponyaűri vérzések intenzív ellátásának sajátosságai műtétig és a műtétek utáni intenzív szakápolás

Benyó Lajos: SZTE SZAKK AITI Új Klinikai Intenzív Terápiás Részleg

Az előadásban először a koponyaűri vérzések fajtáit különíti el az előadó, majd ezek anatómiai, etiológiai különbségeit, tüneteit. Az intrakraniális vérzésben szenvedő betegek ellátásának, ápolásának főbb kérdései közül a kontrollált hypotoniát, annak intenzív ápolási vonatkozásait, a perifériás keringésre gyakorolt hatásait, az agyi működés kontrollálását, annak ápolói teendőit

tárgyaljuk. Ápolói beavatkozások tevékenységek hatása a beteg állapotára (intrakraniális nyomásra) külön figyelmet igényel, a legegyszerűbb önálló és együttműködő ápolói funkcióknál is, melyet minden ápolónak érdemes tudnia. Elhangzik, milyen paraméterek, irányelvek mentén kell a beteg megfigyelését rögzíteni a pre-, illetve posztoperatív időszakban. Olyan szakmai kritériumok kerülnek ismertetésre, melyeket további szövődmények, maradandó károsodások kivédése érdekében kell tennie az ápoló személyzetnek. Az intrakraniális vérzésben szenvedő betegek ellátásának, ápolásának főbb kérdéseit is rögzíteni kell ápolási diagnózisokban, ide vonatkozó példákat is bemutatunk.

Minden, amit az ápolási folyamatról és a dokumentációról tudni érdemes

Kristóf Csaba: Az ápolási dokumentáció vezetésének jogi háttere

Kristóf Csaba: SZTE Neurológiai Klinika

Az ápolási dokumentáció vezetésének kötelezettsége az 1997. évi egészségügyről szóló törvény óta ismert. Mindazonáltal gyakorlati szempontból is ismernünk kell a dokumentációkezelés általános szabályait, a javítás lehetőségeit, a megőrzésének követelményét. Az ápolási dokumentáció vezetése még nagyobb felelősségvállalásra készíti az ápolót, hiszen követhetőbbé vált az általa nyújtott ápolási szolgáltatás. Az ápolási dokumentáció a beteg kórházi (intézményi) dokumentációjának része, és jogi szempontból bizonyító erejű okirat. A betegnek joga van a róla készült dokumentációba betekinteni, ezért sem mindegy, milyen a dokumentáció. Egy jól vezetett ápolási dokumentáció hitelesen tükrözi az ápolói munka minőségét, lehetőséget biztosít az individuális ápolás megvalósítására. Milyen dokumentációs hibák fordulnak elő a gyakorlatban, és hogyan lehet ezeket megelőzni? Milyen következményekkel járhat a dokumentációs kötelezettség elmulasztása? Ezen kérdésekre kereste a választ jogi szempontból is az előadó.

Fejezetek a sürgősségi ellátás témaköréből

Pukánszky Judit: Hirtelen bekövetkező trauma lelki hatásai

Pukánszky Judit: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az intenzív osztályra kerülő személyeknek a betegségük vagy balesetük testi következményei mellett gyakran a pszichés hatásokkal is meg kell küzdeniük. Ezek a lelki hatások sok esetben a gyógyulást követően hosszú távon befolyásolják a személy mindennapjait, és szakember bevonása nélkül pszichiátriai zavarokká fejlődhetnek. Az intenzív osztályon megtapasztalt környezeti jellemzők, mint a kiszámíthatatlan események sokasága, a hirtelen, magyarázat nélküli beavatkozások, a csövek és orvosi műszerek látványa vagy az állandó zaj tovább fokozzák a betegek által megélt stresszt. A felsorolt stresszorokra való válaszkészség egyénenként igen változó lehet: függhet a személy korától, nemétől, személyiségétől és a betegség súlyosságától egyaránt. A szorongásokat mobilizáló hatásokra gyakori viselkedéses válasz a regresszió, amikor a beteg egy már meghaladott fejlődési szakaszba lép vissza, mely gyakran az ápoló személyzettől való fokozott függést vonja maga után. A betegek általános pszichés jóllétét nagyban segítheti az empátikus, válaszkész ápolói attitűd, illetve a kórteremben véghezvitt olyan változtatások, mint óra és naptár elhelyezése, melyek segítik a betegek orientációját, és fokozzák a megélt kontrollt. Az előadás további részében elhangzik az

intenzív osztályon zajló kezeléssel gyakran együtt megjelenő ICU-szindróma és a poszttraumás stressz-zavar tüneteinek, okainak és megelőzési lehetőségeinek bemutatása.

Banga Béla Erik: Sürgősségi labordiagnosztika, differenciáldiagnosztika és szakdolgozói aspektusai

Banga Béla Erik: SZTE ÁOK SZAKK II. Belgyógyászati Klinika és KK., Sürgősségi Betegellátó Osztály

A betegek jó része ma már a sürgősségi osztályokon keresztül vezet. Akár saját, háziorvosi vagy mentőszolgálati indikációval kerül be az ellátott, a cél minden esetben, hogy minél rövidebb idő alatt történjen meg a korrekt diagnózis felállítása, és a diagnosztikai eredmények ismeretében, az elsődleges ellátás után a további betegút megválasztása. Fontos ismernünk azokat a labordiagnosztikai paneleket és a más sürgős kiegészítő kémiai laborvizsgálati lehetőségeket, melyek akár mellkasi, hasi, vérzéssel vagy más panaszok esetén a differenciáldiagnosztika alapját képezik. A laborvizsgálatok elrendelése ugyan orvosi kompetencia, de ezek többnyire nemzetközi és országos ajánlásokon alapulnak, melyektől azonban el lehet térni. A POCT vizsgálatok egyre hozzáférhetőbbek, elterjedtebbek, ezek kifejezetten szakdolgozói feladatok, hiszen egy – esetleges – rövid képzés után el kell tudni végezni azokat. Tudni kell, milyen vizsgálatot miért, és azt, hogy hogyan végezzük szabályosan. Ismernünk kell a preanalitikai, analitikai és gépi hibalehetőségeket, melyeket az elvárható gondosság mellett ki lehet védeni.

Az előadó a fent említett tartalmi elemeken kívül végül néhány olyan, elsősorban POCT jellegű és noninvazív diagnosztikai lehetőséget is bemutat (pl: noninvazív vérkép-, metabolit, pH analízátor, telefonikus EKG-analízis, noninvazív vércukormérő, otthoni INR mérők), melyek gazdagabb egészségügyi lehetőségek között már elérhetőek egyes helyeken, így hazánkban is.

Sokszínű dietetika

Pukánszky Judit: Az evészavarok pszichológiai megközelítése

Pukánszky Judit: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa a táplálkozási zavarok két legjellegzetesebb altípusa. A biopszichoszociális modell értelmében az evészavarok kialakulásában biológiai, pszichológiai és társadalmi-kulturális tényezők is szerepet játszanak. Mindkét betegséget testképzavarok jellemzik, ezért az előadásban bemutatásra kerül az okokon, tüneteken, diagnosztikai kritériumokon és lehetséges testi szövődmények túl az is, hogy mely tényezők gyakorolhatnak (pozitív vagy negatív) hatást a testképre. Hazai vizsgálatok (Szabó, Pethő és Túry, 2010) eredményei szerint magyar középiskolások körében az evészavarok tüneteinek előfordulási gyakorisága 1989 és 1999 között lényeges növekedést mutatott. Az eredmények is hangsúlyozzák, nagy figyelmet kell fordítani az evészavarok prevenciójára, melyben az egészségügyi dolgozók is rendkívül fontos szerepet játszanak. Az előadó előadásában a betegségek felismerésén, jelein túl ezen fontos teendőkre is fel kívánja hívni a figyelmet.

Természetesen – Természetgyógyászattal

Bodó Zoltán: Stressz legyőzése 3 lépésben természetgyógyászati módszerekkel

Az alternatív gyógymód összefoglaló név. Manapság a konvencionális kórházi kezelés, tudományosan alátámasztott terápiás eljárások és gyógyszerek helyett alkalmazott technikákat nevezik így, amelybe beletartoznak a nem tudományos, spirituális és vallási összefüggésű gyógyítási módszerek éppúgy, mint az Európán kívül alkalmazott hagyományos módszerek, melyek a stressz kezelésében is hatékonyan alkalmazhatóak. Napjainkban is dominál a természetgyógyászat. A világ népességének körülbelül 80%-a számára máig ez jelenti az elsődleges egészségügyi ellátást. A stressz a mindennapi élet velejárója, számos káros következménnyel járhat, de ha jól kezeljük, akkor még előnyünk is származik belőle. Az előadó a stressz kezelését természetgyógyászati módszerekkel mutatja be a fülakupunktúrán, a gyógymasszázsra és a reflexzóna-terápián keresztül. Az akupunktúra alkalmas stresszoldó hatása mellett méregtelenítésre és a függőségek kezelésére is. A talp- és tenyérmasszázs alkalmazható az egyensúly helyreállítására, a feszültséges csökkentésére, és beindítja az öngyógyító folyamatokat. A masszázsterápia pedig segít lenyugodni, helyreállítja a jó közérzetet és ennek hatására érzelmileg, fizikailag stabil emberekké válunk. Az előadó előadásában bemutatja a stressz oldásra alkalmazható masszázstechnikákat, segítőkész magyarázatokkal látja el a megfáradt egészségügyi dolgozókat.

A gyermekgyógyászat speciális területei

Lantos Katalin: Gyermekbántalmazás jellemzői és felismerésének lehetőségei

Lantos Katalin: SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A gyermekbántalmazás fontos és súlyos probléma, melyre negatív következményei miatt mindenképpen fontos figyelmet fordítani az egészségügyi szakdolgozóknak is. Az előadás célja felvázolni a gyermekbántalmazás típusait, és részletesen ismertetni mind az elhanyagolás, mind a tényleges abúzus fajtáit. Így kitérünk az fizikai elhanyagolásra, melynek során a szülő nem veszi figyelembe gyermeke testi szükségleteit, valamint az érzelmi elhanyagolásra, mely esetében a gyermek lelki szükségletei szenvednek hiányt. Az abúzus esetében részletesen tárgyalásra kerülnek a fizikai és érzelmi bántalmazás típusai, valamint a szexuális bántalmazás jellemzőit is bemutatja az előadás.

Emellett az előadó hangsúlyt fektet a rövid és hosszú távú hatásokra, melyek befolyásolják mind a testi, mind a lelki egészséget. Bemutatásra kerülnek továbbá az egészségügyi szakdolgozók számára a gyakorlatban megjelenő legfontosabb fizikai (pl. tipikus sérülésnyomok, hegek, égési sérülések) és viselkedéses gyanújelek (visszahúzóadás, a hangos zajokra adott félelmi reakció), melyek segíthetnek a gyermekbántalmazás felismerésében.

Kristóf Csaba: Gyermek az otthoni szakápolásban

Kristóf Csaba: SZTE Neurológiai Klinika

Az otthoni szakápolás komplex, kórházi ellátást kiváltó ellátási forma, amely OEP által finanszírozott formában a beteg otthonában történik. A gyermekek esetén az ellátás mutathat különbségeket a felnőttek által igénybe vett szakápoláshoz képest, tekintetbe kell venni azokat a feladatokat, amelyeket a szülő segítségével együtt, de mégis önálló kompetenciaként

valósítunk meg. Az otthoni szakápolás speciális formájaként 2008 óta elérhető Magyarországon az otthoni hospice ellátás, amely a haldokló betegek otthoni komplex ellátását végzi, szintén OEP által finanszírozott formában. Az előadó gyakorlati tapasztalatok alapján ezen ellátási formák gyermekek ellátásában való lehetőségeit, nehézségeit veszi sorra, rávilágítva a rendszerben megjelenő előnyökre is.

Egyéb, megrendezett továbbképzések

Elsősegély-oktatás laikusoknak: Szeged, összesen 82 résztvevővel.

Időskorúak ellátásának sajátos problémái az alapszolgáltatások esetében: SZKTT Humán Szolgáltató Központtal közösen, 45 pont szociális szférában dolgozóknak, Kunszentmárton, Csongrád, összesen 38 résztvevővel.

Az életminőség, mint holisztikus szemléletű ápolás-gondozás fókusz: SZKTT Humán Szolgáltató Központtal közösen, 30 pont szociális szférában dolgozóknak, Szeged, Csongrád, összesen 56 résztvevővel.

A bentlakásos intézményben élő demens betegek ápolása, gondozása: SZKTT Humán Szolgáltató Központtal közösen, 50 pont szociális szférában dolgozóknak, Kiskunhalas, 21 résztvevővel.

Idős emberek pszichés és szomatikus gondozásának irányelvei: SZKTT Humán Szolgáltató Központtal közösen, 35 pont szociális szférában dolgozóknak, Szeged, Csongrád, Nagymágocs, összesen 75 résztvevővel.

Fogyatékos személyek gondozásának lehetőségei: 33 pont szociális szférában dolgozóknak, Csongrád, 20 résztvevővel.

Szenvedélybetegekkel foglalkozó egészségügyi szakdolgozók szakmai továbbképzése és szupervíziója (A): 40 pont, Szeged, 32 résztvevővel.

Krónikus gastroenterológiai betegségek diagnosztikája és terápiás lehetőségek gyermekkorban (B): SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinikával társszervezésben, 9 pont, Szeged, 55 résztvevővel.

Kis- és középvállalkozás ösztönzése (A): MESZK Országos Szervezet kihelyezett továbbképzése, 40 pont, Szeged, 32 résztvevővel.

Idős emberek újraélesztésével és krónikus ápolásával, gondozásával kapcsolatos szakdolgozói feladatok: SZKTT Humán Szolgáltató Központtal közösen, 38 pont szociális szférában dolgozóknak, Szeged, 36 résztvevővel.

Idős emberek újraélesztésével és krónikus ápolásával, gondozásával kapcsolatos gondozói és ápolói feladatok: SZKTT Humán Szolgáltató Központtal közösen, 40 pont szociális szférában dolgozóknak, Szeged, 46 résztvevővel.

Korunk új „népbetegsége”: Az **AGRESSZIÓ** (szabadon választható): MESZK Országos Szervezet kihelyezett továbbképzése, 18 pont, Szeged, 225 résztvevővel.



Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezete

Felelős kiadó: Irinyi Tamás

Szerkesztő: Dr. Németh Anikó; Újhelyiné Papp Teréz; Irinyi Tamás

Korrektor: Sinkovics Balázs

Terjeszti: MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezete

6722 Szeged, Honvéd tér 5/B. Telefon/fax: 62/424-765

ISBN: 978-615-80323-1-5