

DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI KAR
ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TANSZÉK

GERIÁTRIAI ISMERETEK ÉS ÁPOLÁSTANA

Dr. Papp Katalin



DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI KAR
ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TANSZÉK

Geriátriai ismeretek és ápolástana

Dr. Papp Katalin



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2015

Készítette:
Dr. Papp Katalin

Lektorálta:
Dr. Kállayné Öry Csilla
Dr. Csernus Mariann

ISBN 978 963 318 545 2

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja
www.dupress.hu

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Készült a Debreceni Egyetemi Kiadó nyomdaüzemében, 2015-ben

Tartalomjegyzék

1. A geriátria fogalmi rendszere, fejlődése.....	5
2. A geriátriai beteg vizsgálata, geriátriai diagnosztika.....	10
3. A gyógykezelés alapelvei, farmako-kinetika	13
4. Az egyes szervrendszerek betegségei és azok ápolás vonatkozásai.....	16
5. Ápolási folyamat idős betegek esetén	17
6. Speciális ápolási problémák öregedés esetén	25
7. Ápolási, ellátási szintek, a gondozási team tagok kapcsolatrendszere	30
8. Ápoláslélektani kérdések idős betegek ellátása esetén.....	34
9. Daganatos betegek ellátása – palliatív terápia.....	36
10. A hospice mozgalom és annak jelentősége	39
11. Ápolási dokumentáció alkalmazása az ellátási szintereken	42
Magyar nyelvű szakirodalom a tananyag felhasználásához	45
Angol nyelvű szakirodalom a tananyag felhasználásához	49

DUPress

1. A geriátria fogalmi rendszere, fejlődése

Magyarországon a nyugati országokhoz hasonlóan a népesség legalább 20%-a nyugdíjaskorú. Ez számos kérdést és problémát vet fel. Bár ezek megválaszolása, főként pedig megoldása az egész társadalom feladata, a megoldáshoz szükség van az öregedés tudományos vizsgálatára, eredményeinek gyakorlati alkalmazására. Ez a tudomány a gerontológia. A szó görög eredetű. Összetevői: geron=idős, onto/n/=létező, lény, logia=tan, tudományág. Következésképpen a gerontológia tárgykörébe tartozik valamennyi idős élőlényre vonatkozó valamennyi ismeretanyag. Módszerei azonosak a többi tudományágéval. Három fő területre oszlik.

Szociális gerontológia

Az idős ember és a társadalom viszonyával foglalkozik minden szempontból, beleértve azt is, hogy a társadalom miként biztosítja az idősek szükségleteit. Minthogy a viszonyulás nagymértékben függ a pszichétől, ide sorolható a gerontopszichológia is.

Gerontobiológia

Az öregedéssel összefüggő természetes (normális) jelenségeket – folyamatokat vizsgálja egyrészt azért, hogy meg lehessen különböztetni ezeket a betegségek következményeitől, másrészt kutatja, vajon lehetséges-e befolyásolni az öregedés jelenségeit, lassítani az öregedést. Gerontológiai ismeretek híján lévők, esetleg még a házi orvos is hajlamos lehet a kóros jelenségeket is az életkorral magyarázni. Ide is tartozik a gerontopszichológia is, mint a pszichés működések korrall járó változásaival foglalkozó szaktudomány.

Ma már nyilvánvaló, hogy megfiatalítás csak az irodalmi művekben (pl. Goethe: Faust) lehetséges. De a naptári és a biológiai életkor közötti különbségek arra mutatnak, hogy szervezetünk öregedése késleltethető. Amint már volt szó róla, ennek legfontosabb módja az egészséges életmód. Ezen kívül mind több gyógyszer és gyógyhatású készítmény kerül forgalomba. A gyógyszerek forgalomba hozatala előtt el kell végezni a nemzetközileg előírt vizsgálatokat.

Gerontológia

A gerontológia (gero = öregkor; gerontesz = öregek, görög eredetű szó) az öregedés és öregkor élet- és kórtanával foglalkozó tudomány. Alap- és alkalmazott kutatásokkal vizsgálja az életfolyamatok időben előrehaladó változásait és megfogalmazza az öregedés és öregkor jellemző törvényszerűségeit. Az embert élettani, lélektani, társadalmi és ökológiai rendszerében tanulmányozza és öregedésének fajra és személyre jellemző sajátosságait "normál" és kóros csoportosításban értelmezi. Az öregedésre vonatkozó számos ókori és középkori tapasztalati ismeretre épült, de a XX. században fejlődött ki, több tudomány együttműködésével. Így különült el rendszerében a szociális, a klinikai-orvosi és elméleti-kísérletes gerontológia, valamint az összehasonlító, és elkülönítő kultúr-antropológiai gerontológia.

A tudományos kutatások mindinkább arra törekszenek, hogy az egyéni megküzdési módszereket és azok reakcióit tanulmányozzák, és egyenként vagy közösségenként ajánlásokat tegyenek az öregkor megélésére.

Így pl. a modern öregedéstudomány, a gerontológia a régebbi tapasztalati ismereteket konkrét tényként fogalmazza meg, így ezek kinek-kinek egyéni változatként saját életében felismerhetők. Néhány ezek közül: az izmok súlya és ereje 30 éves kortól 90 éves korig 30%-kal csökken, az idegrostok száma az idegtörzsekben egy-egyedével megfogyatkozik, a vese kiválasztó egységei felére csökkennek, romlik a látás és a hallás. Egyénienként azonban ezek a folyamatok eltérnek.

Nem véletlenül az utóbbi 15 évben a gerontológusok mindinkább az egészséges és sikeres öregedés lehetőségei felé fordulnak, megkülönböztetve sikeres és sikertelen öregedést. Fontos tudományos megállapítás, hogy a biológiai öregedés mellett a pszichológiai és a szociológiai öregedés meghatározó jelentősége egyedileg és társadalmilag egyaránt érvényes. Ebben az összefüggésben az öregedést meghatározó szociológiai és magatartástudományi teóriák két fontos tényezőt emelnek ki: az „életeseményt” és az életstresszt”. Az életesemények között normális eseménynek említik a nyugdíjazást, az özvegységet, a betegségeket. Az öregedés és az öregkor azonban már önmagában stresszhatású, de nem szükségszerűen destruktív stressz. Valamennyi kockázattal szemben és azok megoldásában az egyén szerepe a fizikai, pszichés és a társadalmi ártalmakkal kapcsolatos megküzdésben perdöntő.

Orvosi gerontológia (geriátria)

A geriátria szintén görög szó: ger/on szótőhöz kapcsolt „iatria” orvoslást, gyógyítást jelent, tehát a magyar fordítása: idősgyógyászat. Művelője a geriáter (iater=orvos). Tevékenységének köre az emberi szervezet egészségi állapota idős korban, annak analógiájára, hogy a pediater (gyermekgyógyász) a csecsecső- és gyermekkor egészségével illetve betegségeivel foglalkozik. Az analógia azért is helytálló, mert az emberi életnek nemcsak az első, hanem a harmadik szakaszában is különbözik a szervezet anyagcseréje, a külső hatásokra-terhelésekre adott válaszai. Így a betegségek előfordulása, klinikai megjelenési formái és lefolyása tekintetében is eltér a második életszakasztól, a fiatal felnőttekétől.

	Korösszetétel %			Idős népesség eltartottsági rátája	Öregedési index
	- 14	15 - 64	65 -		
	- 14	15 - 64	65 -		
1941	26,0	67,0	7,0	-	-
1949	24,9	67,6	7,5	11,1	30,3
1960	25,4	65,7	8,9	13,6	35,2
1970	21,1	67,4	11,5	17,0	54,4
1980	21,9	64,6	13,5	20,9	61,9
1990	20,5	66,2	13,2	20,0	64,5
2000	16,9	68,1	15,0	22,2	91,3
2005	15,6	68,7	15,6	22,7	99,9
2010	14,7	68,8	16,6	24,2	112,6
2011	14,6	68,7	16,7	24,4	114,7
2012	14,5	68,6	16,9	24,6	116,6
2013	14,4	68,4	17,2	25,1	118,9
2014	14,4	68,0	17,2	25,8	121,5

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2013. 3. o.

1. táblázat: Népességi statisztika

A népesség főbb korcsoportok szerint (január 1.)

(ezer)

Korcsoportok (év)	1949	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
0-14 év	2 290	2 529	2 177	2 341	2 131	1 729	1 477	1 457	1 441	1 431	1 426
15-29 év	2 332	2 155	2 437	2 356	2 066	2 278	1 953	1 917	1 880	1 806	1 783
30-39 év	1 238	1 507	1 384	1 477	1 622	1 301	1 605	1 611	1 615	1 563	1 535
40-59 év	2 272	2 397	2 564	2 706	2 597	2 857	2 726	2 713	2 701	2 744	2 723
60-69 év	675	831	1 051	928	1 116	1 028	1 110	1 130	1 148	1 192	1 224
70 – x év	398	541	709	902	844	1 029	1 143	1 158	1 168	1 172	1 188
Összesen	9 205	9 961	10 322	10 710	10 375	10 222	10 014	9 986	9 957	9 909	9 877

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2013. 2.o.

2. táblázat: Életkoronkénti statisztika

Geriátria

A geriátria (idősgyógyászat), a gerontológia egyik ága, szakemberei az idősek egészségügyi problémáival foglalkoznak. A geriátria megelőző, gyógyító és rehabilitáló idősorvoslás.

Naptári életkor=tényleges életkor: a leélt évek száma határozza meg

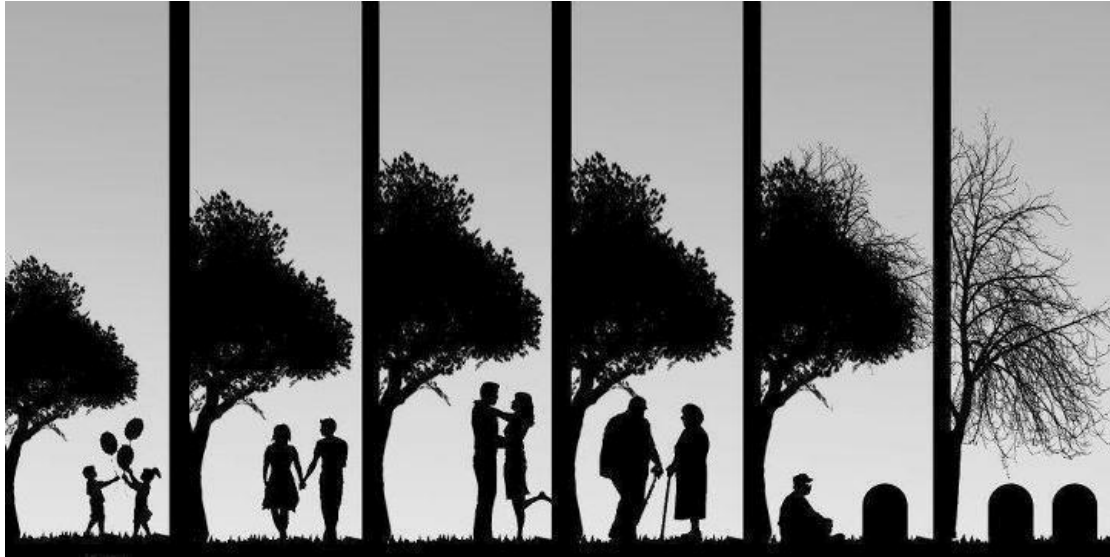
Meg szokták különböztetni egymástól a naptári és a biológiai életkort, de a biológiai életkor gyakran egyezik a naptári életkorral. Ha a biológiai életkor jóval a naptári előtt halad, akkor az öregedés idő előtt jön létre, ha a naptári korhoz képest elmarad, akkor hosszú életű emberről lehet szó.

Biológiai életkor: a test állapota határozza meg

A szervezet természetes változása és a szubjektív öregségérzet együttesen határozza meg a biológiai életkort. A küllem, a szellemi frissesség, a testi erőnlét, a közérzet és az egészségi állapot alapján becslésszerűen állapítják meg.

Biológiai életkor függ:

- életmód
- pszichés beállítódás
- a környezet (anyagi körülmények, családi helyzet)
- az öröklés
- saját odafigyelés, az öltözködés, az ápoltság, a megjelenés együttesétől.



1. kép: A kezdetektől a végig

Pszichológiai életkor: annak mértéke, hogy valaki milyen öregnek érzi magát, és ennek megfelelően hogyan cselekszik. Ennek mértéke, hogy valaki milyen öregnek érzi magát, és ennek megfelelően hogyan cselekszik. G. B. Shaw szerint „vannak fiatalos öregek és öreges fiatalok”.

Az aktív időskor alapelvei

A fontosabb nemzetközi szervezetek által meghatározott alapelvek a következők:

1. Jogok és köteleességek: az aktív idősödés koncepciója egyrészt jogokat fogalmaz meg az időskorúak számára – függetlenség, társadalmi részvétel, méltóság, gondoskodás, önkiteljesítés – másrészt az egyéni szinten kötelezettségekkel is jár, pl. az egyénnek is mindent meg kell tenni azért, hogy aktív maradjon.
2. Megelőzés és integráció: a szociális és egészségügyi rendszernek funkcióját tekintve át kell állnia a megelőzésre, azaz a cél az egészség és az öngondoskodási képesség minél további megőrzése. Ennek érdekében szükséges a két területet integrálni.
3. Életút-megközelítés: annak a felismerésén alapszik, hogy az idősek nem alkotnak homogén tömeget, és az egyéni különbségek növekszenek a koraival. A megközelítés tagolja a teljes életszakaszt, és meghatározza az egyes szakaszok jellemzőit és szükségleteit.
4. Az intézményi korlátok lebontása: ilyen korlát például a kötelező nyugdíjba vonulás idejének központi meghatározása vagy a korai nyugdíjba vonulás ösztönzése, amely az utóbbi időkig Európa számos országában létező gyakorlat.
5. Kulturális változás: meg kell változnia az idősekről való gondoskodásnak, itt főként a sztereotípiák felszámolásán van a hangsúly.
6. Integrációs (multiintegrációs) szolidaritás: a fiatalok és az idősek egymás iránti felelősségének fokozása.

Az időskor jellemzői

Az öregedés természetes folyamat. Az emberi test az élet során állandóan változik, az öregedésre-öregkorra jellemző főbb biológiai változások: a küllem átalakul, a bőr rugalmatlanná válik, a bőralatti zsírpárna csökken, a formák szögletesebbé válnak, ráncok alakulnak ki, a haj többnyire elvékonyodik, elveszíti festéktartalmát, megritkul vagy teljesen kihull. Jellemző tünet a látás romlása, gyakori a nagyothallás, az izomerő, a csontok rugalmasságának csökkenése. A belső szervek változása következtében a teljesítményesség beszűkül.

A testi változásokon kívül a szellemi működés is átalakul, az alkalmazkodóképesség csökken, a gondolkodás lelassul, az emlékek kimaradoznak, az idegvezetés gyöngül.

Az időskor elfogadása sok ember életében krízishelyzetet okoz. A testi változások elfedésére ugyan napjainkban már van (kozmetikai) segítség, ez azonban nem hárítja el a válságot, mindössze mint az elfogadást elősegítő tényező játszhat szerepet. Ugyanaz vonatkozik az orvostudomány fejlődésével egyre modernebb gyógyszerek, segédeszközök használatára is – a tüneteket csökkentik ugyan, de az öregedés tudatát nem.

Több szempontból könnyebb volt elfogadni az öregedést azokban a korokban, amikor kevésbé gyors tempót diktált a mindennapi élet, az öregember tisztelete magától értetődő volt. A nagycsaládokban még meghatározott feladataik voltak az időseknek, a többgenerációs családok széthullásával, az iparosodás előrehaladtával azonban gyakran váltak fölöslegessé és öreg-otthonokba helyezték el őket.

A magyar átlagcsalád szinte megoldhatatlan feladat elé kerül, amikor idős hozzátartozója ápolásra szorul, hiszen az állandó odafigyelést – akár anyagilag is – a hozzátartozók sokszor nem tudják vállalni, mert az egyik kereső kiesése a család elemi létszükségleteinek kielégítését veszélyezteti.

A gondozással kapcsolatos teendők ellátása – bevásárlás, mosás, takarítás, étkezés, stb. – a lakhatás biztosítása, egészségügyi ápoló felfogadása, hivatalos ügyintézés, kapcsolattartás nagyban függ a család jövedelmi képességeitől.

Az anyagiakon túlmenően az idősek gondozása egyéb problémákkal is együtt jár – fizikailag, szellemileg és pszichésen is igen megerőltető lehet.

A családok által el nem látott idősgondozási feladatok az államra és a nem állami szereplőkre hárulnak. Kettősség kezd kialakulni az ellátórendszerben is. Az egészségügyi ellátás megfogalmazza a maga szakellátás igényét, ami speciális ápolási ismeretekre, szakmai képzettségre vonatkozik, mint pl. az infúzió bekötése, a gyógymasszás.

A szociális hálózat pedig inkább gondozói, mint ápolói feladatokra van berendezkedve. Ez különös hierarchiát teremt a két rendszer között. Egyfelől felértékelődik az orvos mellett működő szakápoló tudása, akinek kapacitása kevésnek bizonyul a megnövekedett igényekhez képest. Éppen ezért a szociális szolgálatnak kell a szakképzettséget igénylő ápolási feladatokat felvállalni, s egyre kevesebb gondozási feladatra jut ideje.

Az idősellátás területén mind az állami, mind pedig a magánszektorban direkt vagy indirekt módon a következő normák fogadhatók el:

- az egészségügyi és szociális ellátás párhuzamos, összehangolt működése
- az idős emberek egészségügyi, szociális és szolgáltatásokkal történő komplex ellátása,
- a mentális gondozás hangsúlyozása
- az állami és magánszervezetek közötti kapcsolatok erősítése.

Minden idős embernek meg kell találni a rá szabott öregkori szerepeket, szembe kell nézni változásaival, változó kapcsolataival. A segítő szakemberek feladata elsősorban az elfogadás elősegítése, támogatása.

A tartós bentlakást nyújtó idős emberek otthonaiban az egészségügyi gondozáson kívül nagyon fontos szerepe van a szociális gondozásnak.

2. A geriátriai beteg vizsgálata, geriátriai diagnosztika

Anamnézis

A diagnosztika alapja a kórelőzmény (anamnézis). A legtöbb diagnosztikai tévedés, feleslegesen végzett vizsgálat oka a hiányos anamnézis. Az idős beteg anamnézisének felvételéhez szükséges idő rendszerint többszöröse annak, amennyit a fiatalra kell fordítani.

Ennek több oka van:

- hosszabb élettartam = több esemény (egészségügyi vonatkozásban is!)=hosszabb anamnézis.
- minél hosszabb az anamnézis, annál több lehetőség van az elkalandozásra.
- az elkalandozásnak kedvez a figyelem rövidebb tartama is.
- az emlékezés folyamatossági hiányai, a feledékenység következtében az első alkalommal felvett anamnézis ritkán teljes, kiegészítésekre kerülhet sor a fizikális vizsgálat közben (pl. műtéti heg eredetére rákérdezve) vagy újabb vizit (nagyvizit) alkalmával spontán vagy rákérdezésre.
- a felfogó- és megértő képesség zavara, az érzékszervek (főleg hallás) csökkenése nehezíti a kommunikációt, ez megnyilvánulhat a kérdések megválaszolásában is.
- a fájdalomküszöb változásai miatt a beteg saját megítélése a panaszait illetően szubjektív, sőt irreális lehet (fő panasz az ízületi fájdalom, esetleg életveszélyes belső szervi elváltozása is van, de arra vonatkozó panaszt legfeljebb csak mellékesen említ).
- általában az életkorral fokozódni látszik a panaszok-tünetek atípusossága.
- az igen nagy időráfordítás türelmetlenséget ébreszthet az orvosban.
- a jó anamnézishoz a panaszokat időrendi és lehetőleg oki összefüggéseik szerint csoportosítani kell. Idős beteg esetében ez külön erőfeszítést (és időt) igényel.

Az anamnézis felvételének helyes technikájához tartozik, hogy a beteg jól láthassa az orvos arcát, a szájmozgás és mimika segítség lehet számára. A hangerőt csak annyira fokozzuk, amennyire szükséges. Kiabálás felesleges, mert a magánhangzókat emeli ki (ezeket a beteg egyébként is jobban hallja), a fontos információkat hordozó mássalhangzók elvesznek. Jól artikulálva, lehetőleg mélyebb hangzásra törekedve beszéljünk. Kérdéseink a lehető legegyszerűbb megfogalmazásúak, minél kevésbé félreérthetők legyenek. Adekvát válaszokat csak sokszor türelmes, ismételt kérdezéssel kaphatunk, de ezt sem minden esetben. Abból kell kiindulnunk, hogy a tünetnek gyakran nem specifikus volta miatt fontosabb azt tudni, hogy azok mióta tartanak, milyen sorrendben keletkeztek, mint a panaszok-tünetek pontos természetete.

Szociális, környezeti anamnézis

- Lakás: korszerűség, fűtés, vízmelegítés lehetősége, van-e a lakásban WC, fürdőszoba, ajtók, ablakok jól zárnak-e?
- Egyedül él vagy kivel (kikkel)? Leszármazottak, egyéb rokonok, eltartók, stb. Hányan laknak együtt? Van-e külön szobája?
- Járóképesség: önállóan, segítséggel vagy egyáltalán nem? Az utcára is kimegy (mikor volt utoljára?) vagy csak a lakásban?
- Önellátásra képes-e? Tisztálkodás, mosdás, ételmezés (főzés, bevásárlás), takarítás valamelyikét illetően segítségre szorul-e?
- (Kibocsátás előtt kellő időben szükséges megbeszélni – ha vannak – a hozzátartozókkal, hogy az idős beteg otthon milyen segítségre szorul, és azt milyen mértékben tudják számára nyújtani.)
- Táplálkozás: mennyiségileg és minőségileg. Tart-e valamilyen diétát? Mióta és miből áll? Alkoholfogyasztás? Dohányzás?

- A családi anamnézis, a felmenő ági rokon betegségeire vonatkozó adatok kevésbé fontosak.
- Az előző betegségek (és műtétek) ismerete fontos.

Mint hogy az idősek legalább 10%-ának állapotromlása gyógyszerek mellékhatásával vagy kölcsönhatásával függ össze, nem mellőzhető, hogy milyen gyógyszereket rendeltek, azokat mióta szedi és milyen pontosan? Nagy segítség lehet, ha a beteg vagy hozzátartozója fel tudja mutatni ezeknek a gyógyszereknek a csomagolását, ill. dobozait.

A jelen panaszok regisztrálásakor szükséges tisztázni, amennyire lehetséges, hogy mennyi ideje kezdődtek és milyen gyorsan progrediáltak.

Mivel az idős beteg tévesen ítélni meg valamely panasz okát (az életkorral magyarázza), jelentőségét (mellékes dolognak tartja), vagy egyszerűen csak elfelejti megemlíteni, ezért szisztematikusan végig kell kérdezni az egyes szervrendszereket illető panaszokról:

- általános tünetek: étvágytalanság, fáradtság, szomjazás, fogyás
- gyomor-bél tünetek: hányás, hasi fájdalom, székszorulás, hasmenés
- urogenitalis: gyakoriság, nycturia, dysuria
- cardiorespiratoricus: köhögés, dyspnoe, mellkasi fájdalom, csökkent terhelési tolerancia
- mozgásszervi: hátfájás, végtag- vagy ízületi fájdalom
- agyi tünetek: zavartság, visszahúzódság, beszédzavar, bénulás, érzészavar, (görcs)rohamok, fejfájás, esések.

A multimorbiditásból következik, hogy idős emberekre nem érvényes a klasszikus belgyógyászat alaptétele, mely szerint minden tünetet lehetőleg egyetlen betegségre kell visszavezetni. Gyakori, hogy minden egyes tünetnek (panasznak) külön oka van.

Fizikális vizsgálat

Idős betegek között gyakoribb a kooperáció hiánya vagy nehézkessége, ezért a fizikális vizsgálat is általában időigényesebb, mint fiatalok esetén. Metodikája ugyanaz, mint a belgyógyászatban, de olyan területekre is kiterjed, melyek a belgyógyászatban nem feltétlenül a rutinszerű vizsgálat tárgyai. Ilyenek:

- az arteria temporalisok tapintása.
- tájékozódás a látási és hallási funkcióról,
- a szájüreg megtekintése tumor-keresés céljából (prothesis kivétele után),
- a carotisok megtapintása és meghallgatása,
- rectalis vizsgálat,
- nőknél nőgyógyászati vizsgálat,
- vérnyomásmérés felállás és néhány perc állás után is,
- az alsó végtagok arteriáinak tapintása,
- mentális status tájékozódó jelleggel,
- a járásbiztonságot akadályozó lábfejelváltozások (körömelváltozások, tyúkszem, fájdalmas bőrkeményedés, lábujj-deformitás stb.).

Törekedni kell nemcsak a statikus állapot, hanem lehetőség szerint minél több funkció (járás, mozgás, egyensúly, stb.) megfigyelésére is.



2.a.-b. kép: A külső (bőr állapota) megjelenés megváltozása

Laboratóriumi vizsgálatok

Az időskori tünetszegény kórformák miatt jelentőségük valamivel nagyobb lehet, mint fiatal korban. Nemcsak arra szolgálnak, hogy kiegészítsék az anamnézist és a fizikális vizsgálatot, megerősítsék a felmerült gyanút, hanem nem specifikus tünetek esetén segítsék az okok kiderítésében, ezenfelül szűrővizsgálatként is latens eltérések és tüneteket nem vagy csak igen előrehaladott állapotban okozó szervi elváltozások (pl. idült veseelégtelenség, diabetes, occult vérzés) esetén. A csökkent albumin szint protein- és energia-hiányos táplálkozás jele lehet, prognosztikailag is kedvezőtlen jelnek tartják.

A vörösvérsejtek süllyedési sebessége (Westergren) az életkorral arányosan kissé gyorsul, nőkben valamivel nagyobb mértékben.



3. kép: Vértétel speciális eszközei (saját készítésű)

3. A gyógykezelés alapelvei, farmako-kinetika

A gyógyszeres kezeléssel részleteiben az egyes betegségekhez kapcsolódón célszerű foglalkoznunk. Vannak azonban olyan elvek, amelyeket az orvosnak kell figyelembe vennie.

- Aki nem beteg, nem kell gyógyítani. Az öregség az emberi élet egyik normális szakasza, nem kell és nem is lehet gyógyszerekkel meggyógyítani.

- Az öregedést gyógyszerekkel megelőzni vagy késleltetni sem lehet.

- A beteget indokolatlanul veszélynek teszi ki az az orvos, aki megalapozott diagnózis és a beteg állapotának (különösen: vesefunkció) ismerete nélkül ír elő gyógyszert, vagy akinek hiányoznak a felírandó gyógyszer farmako-kinetikájának alapismeretei.

- Ne vonjunk meg egyébként indokolt és hasznos gyógyszert azért, mert a beteg idős.

- A gyógyszert ne írjuk fel automatikusan ismételt, hanem mindig csak a beteg állapotának ellenőrzése után.

- Lehetőség szerint minél kevesebb gyógyszert rendeljünk egyszerre. Az ésszerű takarékoság és az étvágyrontó hatás is szempont, de még inkább a pontatlan szedés, tévedés, gyógyszercserre veszélye, amelynek valószínűsége annál nagyobb, minél többféle gyógyszert és minél többszöri napi adagolásban kap a beteg.

A kölcsönhatás befolyásolja egyes gyógyszerek hatását: pl. az antireumatikumok kissé emelik a vérnyomást, ezáltal gyengítik a vérnyomáscsökkentők hatását, és a vérlemezék működését gátolva növelik a vérzés veszélyét alvadásgátló kezelés közben.

- A tartósan gyógyszert szedőknél újabb gyógyszerfajta felírásakor, de azon kívül is, az orvos rendszeres időközönként ellenőrizze, hogy milyen gyógyszereket szed a beteg, és nem indokolt-e változtatni.

Az orvosnak kell eldöntenie, melyik betegség gyógyítása a legfontosabb és legsürgősebb, milyen gyógyszerrel és milyen adagban? Emellett minden egyéb gyógyszerre van feltétlenül szüksége a betegnek, és melyek szüneteltethetők, ill. van-e olyan amelyik végleg elhagyható. Mindezek eldöntéséhez célszerű időnként átnézni, milyen gyógyszereket szed a beteg?

Járóbeteg-rendelésen ez oly módon valósítható meg, hogy a beteg pontosan felírja valamennyi gyógyszerét, vagy ha erre nem képes, akkor magával hozza mindegyiket vagy a dobozaikat. Az idős betegek által leggyakrabban szedett gyógyszerek a laxatívumok, az altatók-nyugtatók, a szívre és keringésre ható gyógyszerek, az antireumatikumok és az agyi érbetegség miatt rendelt szerek.

Általában nem található útmutatás a gyógyszerek adagjáról időskorban a gyógyszerismertetőkből és a gyógyszeres tankönyvekben sem. Mindenesetre a nagyon előrehaladott életkor a gyógyszeradagok csökkentését teszi szükségessé: 75 éves kortól átlag 10%-kal, 85 éves kortól 20%-kal.

A gyógyszerelés veszély forrásai közé tartozik maga a beteg. Az egyik hiba az öngyógyítás. Elég gyakori formája az, hogy a házi készletben levő és valamely betegségre (és tünetére) eredményesen használt gyógyszert egy másik betegség tünetére szedi be. Ide tartozik a gyógyszerfüggőség is: a beteg akkor is szedi (esetleg évekig!), amikor már nincs rá szükség.

A másik kérdés az, hogy vajon tényleg beszedi-e a beteg a gyógyszert, és az előírt napi adagban, az előírt ideig, vagyis milyen a compliance-a¹? Némelyik beteg hajlamos önkényesen abbahagyni a gyógyszereszedést, pl. egyes hypertóniások akkor, amikor végre normotenzióssá váltak, örömmel állapítják meg, hogy nincs tovább szükségük a gyógyszerre.

¹ Alkalmazkodó képesség

Más esetekben a compliance azért elégtelen, mert a beteg elfelejti beszedni a gyógyszert. Segítség lehet egy olyan „naptár” készítése, amelyen feltüntetik, hogy melyik napon, melyik napszakokban melyik gyógyszerből, hányat kell bevennie. Naponként előre is adagolható a gyógyszer: célszerű erre kis (műanyag) dobozkákat használni, amelyeken élénk szín és betűjelzés mutatja, hogy a benne elhelyezett gyógyszer melyik napszakra szól. Így maga a beteg, de a hozzátartozó is ellenőrizheti a gyógyszer elfogyasztását. Szemben a tablettás formával, az oldatban, cseppekben való adagolás előnye, hogy az egyszeri vagy napi adag igen finom változtatásai lehetségesek. Ehhez azonban jó látás és biztos kéz szükséges. Ezért idősek számára cseppekben gyógyszert csak egyéni körülmények teljes ismeretében és alapos meggondolás után, tehát inkább csak kivételes, egyedi esetben szabad rendelni.

A compliance súlyos zavarai közé tartozik, ha a beteg a kikészített gyógyszert a szemébe dobja, vagy ellenőrzés esetén a szájában elrejt, majd észrevétlenül kiköpi. Az ilyen beteg csak injekcióval gyógykezelhető.

Az idősek gyógyszeres kezelése

Az idősek általában érzékenyebbek a gyógyszerek iránt. Ez azonban nem jelenti azt, hogy idősekben a gyógyszerek hatása (farmako-dinamika) más, mint a fiatalokban, hanem a gyógyszer-anyagcsere (farmako-kinetika) terén vannak eltérések. A gyógyszerreakciók másik csoportját az adagolás (dózis, compliance) hibái okozzák, valamint a különböző gyógyszerek kölcsönhatásai (interakciók).

Farmako-kinetika

A farmako-kinetika a gyógyszerek szervezetben belüli sorsával (felszívódás-eloszlás-kiválasztás) foglalkozó tudomány. Görög eredetű kifejezés, *pharmakon*=gyógyszer, *kinetika*=mozgásba hoz.

Felszívódás: a gyomorból való felszívódás függ a gyomorbennék pH-jától (pl. vaskészítmények). De a vas és a penicillin kötődik az elfogyasztott ételekhez, ezért célszerű ezeket kb. egy órával étkezés előtt bevenni.

A gyomor ürülésének lassulása elhúzódná teszi a gyógyszerek bélbe jutását, és ezáltal az ott végbemenő felszívódást is. Gyorsult vékonybél-passzázs=rövidebb kontakt idő arányosan kevesebb gyógyszer felszívódását teszi lehetővé (pl. hosszabb ideig tartó hasmenés). A gyógyszerek többségének felszívódása mennyiségileg nem csökken számottevően, egyes gyógyszereké azonban elhúzódná lehet.

Transzport: a keringési viszonyok lassítják a felszívódás tempóját a bélből is, de inkább a bőr alá vagy izomba adott injekciók felszívódása szenvedhet késedelmet. Számos gyógyszer albuminhoz kötve szállítódik, és onnan fokozatosan felszabadulva aránylag lassan fejti ki hatását. Ilyen a Prednisolon, a Furesemid, a Diphedan, a szalicilátok, a szulfamidok, a fenilbutazon, az orális antidiabetikumok.

Megoszlás: az idős szervezet összvízterének csökkenése miatt a vízben jól oldódó gyógyszerek kisebb térfogatban oszlanak el, ezért koncentrációjuk nagyobb lesz. A zsírszövet mennyisége megnövekedvén, a zsírban oldódó gyógyszerek (mint a barbiturátok, a diazepam, a lidocain) megoszlási tere nagyobb, tehát koncentrációja a vártnál kisebb lesz.

A gyógyszerek általában a sejtek-szövetek megfelelő receptoraihoz kötődve fejtik ki hatásukat. Időskorban megkevesbedik a szívben az atropinreceptorok száma és fokozódik a vestibularis rendszer receptorai streptomycin-kötő képessége(=fokozott toxicitás).

Metabolizáció: a gyógyszerek főként a máj microsomalis enzimje által vagy oxidatív úton, vagy konjugatív úton hatástalanodnak. Időskorban az oxidatív metabolizmus csökken, férfiakban nagyobb mértékben.

A lebontást végző enzim(ek) gátlása útján az orális antikoagulánsok hatását fokozzák: Milurit, Chlorocid, Histodil: enzimindukció által csökkentik: barbiturátok, Noxyron, Stazepin. Ugyancsak enzimgátlás útján a Histodil együtt adva Seduxennel, Eunoctinnal, Melipraminnal súlyos depressiót okozhat.

Elimináció: a gyógyszerek vagy metabolitjaik két fő eltávozási útja a szervezetből a máj (epe) és a vese. Az epeválasztás- és kiürítés zavarait kivéve a májon át ürülő gyógyszerek eliminációja legfeljebb csak kismértékben csökken. Az életkorral járó vesefunkció-csökkenés (veseelégtelenség nélkül is) lassítja a vesén át ürülő gyógyszerek eliminációját, ezért azok vérszintje magasabb, a toxikus hatás veszélye nagyobb lesz. Ezért egyes antibiotikumok esetében eleve csökkentett adagot írnak elő. Kevésbé ismert ez a veszély más gyógyszerek, mint a digoxin, a fenilbutazon, a tetraciklinek, a penicillinek és a barbiturátok esetében. A digitáliszkészítményekkel gyakran együtt adagolt spironolacton (Verospiron) tovább rontja azok kiürülését.

4. Az egyes szervrendszerek betegségei és azok ápolás vonatkozásai

A geriátriai ápolás

A geriátriai ápolás célja az életkornak megfelelő egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, a beteg állapotának stabilizálása, rehabilitációja, az egészség helyreállítása, a szenvedések enyhítése, a beteg ember méltóságának megőrzése, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítése.

Az idős korú emberek ápolása, gondozása, a kor sajátosságainak megfelelő speciális szakmai felkészültséget igényel. Az ápolási-gondozási terv megtervezése, a valós szükséglet felmérése kell, hogy alapja legyen a gondozási munkának, történjék az házi ápolás, szociális gondozás, vagy kórházi ellátás keretében.

Gerontológiai ápolás

Elméleti keret azon megállapításon alapul, amely szerint az életminőség függ a beteg szükségleteinek teljesítésétől, az ápoló problémamegoldó képességétől és elszántságától. A gerontológiai ápolás lényege nem szükségképpen az élettartam meghosszabbodását jelenti, hanem azt is, hogy hogyan lehet elősegíteni a lehetséges életvitelt az élet teljes időtartama alatt. Gerontológiai ápolással találkozhatunk krónikus belgyógyászati osztályokon, idősök otthonában.

3. táblázat: Régi és új szemléletmódok a gyógyításban

Régi paradigma	Új paradigma
A test egyfajta gépezet.	A beteg egész személyével kell foglalkozni.
A test és a szellem egymástól külön állóak.	A test és a szellem szoros kapcsolatban állnak egymással.
A betegség állapotának megszüntetésére helyezi a hangsúlyt.	A hangsúlyt a jó egészség elérésére helyezi.
A tüneteket kell kezelni.	Az okokat kell kezelni.
Specializáció (fennáll a csőrlátás veszélye).	A betegségekhez integrált módon közelíteni.
Technológia központúság, hősies beavatkozások jellemzik.	Oda kell figyelni a diétára, az életstílusra és a megelőzésre.
A diagnózis objektív információkon alapul (a beteg hogylétének statisztikák, kimutatások, teszteredmények alapján történő megítélése).	Nagyon fontosak a szubjektív információk (a beteg önnön állapotának megítélése).
Az orvosnak érzelmileg közömbösnek és kívülállónak kell lennie.	Az orvos gondolkodása és empátiája kritikus fontosságú, a gyógyulás szempontjából.
Az orvos mindentudó tekintély.	Az orvos a beteg társa, partnere a gyógyulási folyamatban.
Az orvos tartja kezében a beteg egészségére vonatkozó döntéseket.	A beteg dönti el, hogy milyen egészségügyi ellátási formát választ.

5. Ápolási folyamat idős betegek esetén

1. Ápolási anamnézis felvétele az idős betegnél

Az ápolási anamnézis felvétele során az ápoló megállapítja a beteg éppen aktuális állapotát. A betegen folyamatosan meg kell figyelni a korábban felsorolt 14 alapszükséglet meglétét, működését, éppen ezért az ápolási anamnézis észlelése állandó feladata az ápolónak. A felmért működések hiánya vagy többlete adja az ápoló állandó munkáját. Az ápolás folyamatosan kompenzál, s egy harmonikus egyensúly megteremtésére törekszik. Az anamnézis felvétele a betegől kapott adatok elemzése, prioritása birtokában végezhető el.

Az idős betegek anamnézisének felvétele nem egyszerű feladat, az ápolónak nagy tapasztalatra, logikus ítéletalkotásra van szüksége. Az idős ember kommunikációja megváltozik, életritmusuk individumot takar. Számukra megváltozik az idő, a tér, a távolság értéke. Mentális funkciójuk eltérően működik, csak az képes velük a gördülékeny kommunikációra, aki igen nagy tapasztalattal bír.

Anamnézis felvételének forrásai:

- a beteg válaszai
- a beteg testének, általános állapotának megtekintése
- már meglévő dokumentumai, korábbi kezelésekről, vizsgálatokról
- ha a betegől anamnézis nem nyerhető, sokat segíthet a kísérő személy válaszaival

Az anamnézis felvétel formái:

- direkt módon, közvetlenül a betegől nyerhető válasz, ha kommunikációja megfelelő
- indirekt módon, a betegől nem, de egyéb más forrásokból nyerhető információ a beteg állapotának megismeréséhez.

2. Az idős ember/beteg szükségleteinek felmérése

A szükségletek felméréséhez tudni kell, hogy mi okozhatja a hiányállapotot. A strukturális vagy a funkcionális eltérések, hiánya vagy többlete.



4. kép: A testtartás felmérése

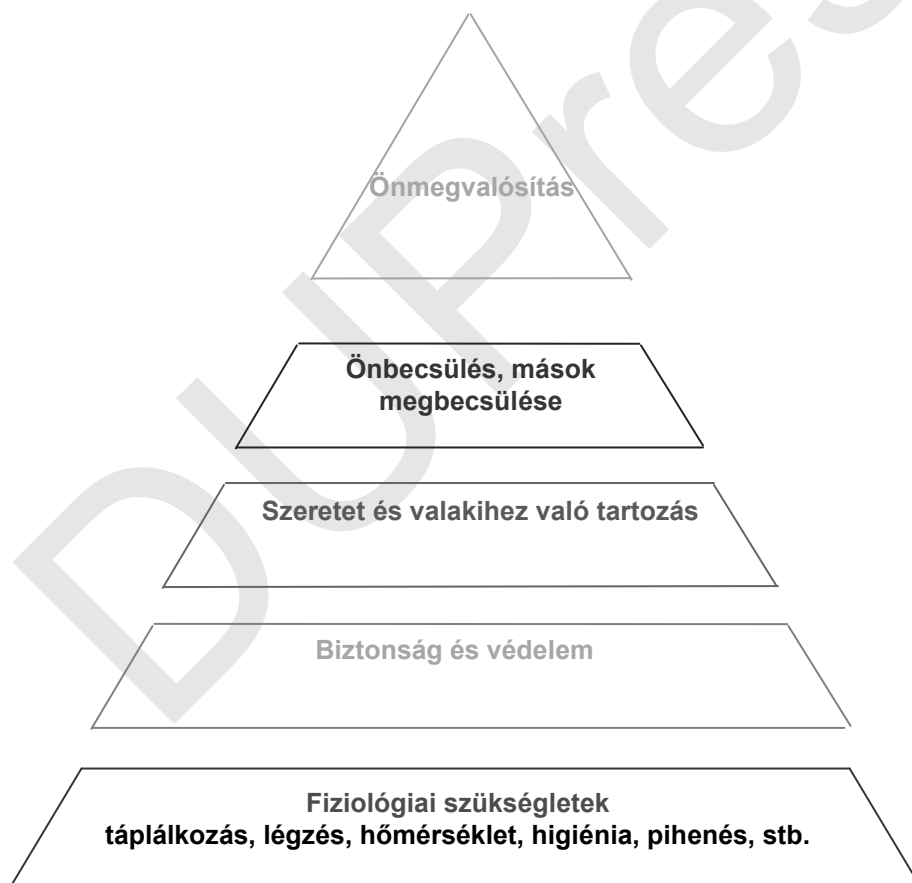
Az ápolás mozgató ereje az ember/beteg szüksége, ami állandóan változik, a személy éppen aktuális igényétől függően. Változik, mert néha az egyik máskor a másik szükségletből kell több vagy kevesebb. Befolyásolja az életkor, egészségi-, szociális-, mentális-állapot, társadalmi és természeti környezet, az egyén intellektusa.

Az alapvető emberi szükségleteket Abraham Maslow határozta meg, s két szintjét állapította meg: alapvető és magasabbrendű szükségletek. Úgy gondolta, hogy az alapvető szükségletek kielégítése az élet számára elengedhetetlen, ezeket fiziológiás szükségleteknek is nevezhetjük. Fiziológiás szükségletek az alapot képezik, erre épülnek a többiek.

Abraham Maslow szükséglet hierarchiája:

5. önmegvalósítás szüksége
4. ön-és mások becsülésének szüksége
3. szeretet szüksége
2. biztonság szüksége
1. fiziológiai szükségletek.

Abraham Maslow szükséglet hierarchia



1. ábra: Maslow szükséglet piramis

A **fiziológiai szükségletek** nyitják meg az alapszükségletek listáját. Az ilyen szükségletek közé sorolják a következőket: a lélegzés, keringés, táplálkozás, alvás szükségletét; ürítés szükségletét, a megfelelő ruházat biztosítását, és egyéb testi szükségleteket. Amíg a fiziológiai szükségletek nincsenek kielégítve, vagy legalább azok közül az élet fenntartásához szükséges legalapvetőbb szükségletek (oxigén, táplálkozás), addig azok minden más szükségletet legyőznek, és maguknak rendelik alá az egyén viselkedését. Fiziológiai vagy más néven alapvető, az élet működése számára kielégítésük nélkülözhetetlen. Idős korban számos deficit lehet a fiziológiai szükségletek működésében. Az életkor előrehaladtával, a szervek, szervrendszerek öregedésével működésük arányosan csökken. A normál funkció fenntartása kisebb nagyobb segítséggel történik.

A **biztonság szüksége** olyan cselekvésekre készítet, amelyek az emberi szervezet épségéről és biztonságáról gondoskodnak. A biztonsághoz hozzátartozik a biológiai, pszichológiai és szociális értelemben vett biztonság. Akkor nyilvánul meg, amikor az ember fájdalmat érez, beteg, nehéz helyzetben van, nem látja biztosnak a jövőt. A fizikai biztonság azt is jelenti, hogy az emberek ismert, megszokott dolgok között, biztonságos környezetben szeretnek lenni. Az emberek biztonságsszüksége életkoronként más és más formában nyilvánulhat meg. A felnőtteket ez a szükséglet készíteti arra, hogy folytonos támogatást és védelmet keressenek, melyet a család, az erőszakmentes, biztonságos környezet, a biztos jövő jelenthet számukra. Az egészségügyi intézményekben igen nagy gondot kell fordítani a beteg, és a dolgozók biztonságának kielégítésére. Napjainkra, az erre fordított anyagi költség következménye is tetemes. Az idős ember közérzetét lényegesen befolyásolja biztonsága. Alapvető, hogy a balesetmentes környezet legyen biztosítva számára, minden ami baleseti forrás lehet, meg kell szüntetni, pl. küszöb, szőnyeg, kerülendő a vizes padló. Igen gyakoriak körükben a háztartási balesetek. De ha kórházba kerül, segíteni kell az új helyen való tájékozódási képességét, különösen éjszaka romlik a tájékozódó képességük.



5. kép: Segélyhívó készülék (saját készítésű)

A **szeretet szüksége** arra készítet bennünket, hogy szoros, bensőséges, meghitt kapcsolatokat teremtsünk az emberekkel, barátságot és szeretetet érezzünk. Amikor a szeretet szükségletének kielégítése akadályokba ütközik, akkor az étellel való elégedetlenséget okozhatja, és oka lehet a rossz alkalmazkodás különböző jelenségeinek. Az angol nyelv ezt rendkívül egyszerű, mára már világnyelven kifejezi, „love”.

Az idős beteg számára különösen nagyon fontos, még a gyógyulást is kedvezően befolyásolja, ha szeretett környezet, szerettei veszik körül. Érezze a valakihez való tartozás érzését, az emocionális kapcsolat pozitív hatását.

Az **ön és mások becsülésének szüksége** abban nyilvánul meg, hogy az ember igyekszik véghezvinni valamit, hozzáértésre, függetlenségre törekszik. Arra vágyik, hogy a körülötte lévő emberek (család, barátok, társadalom) értékeljék, elismerjék. Az elismerés szükségletének kielégítése azt eredményezi, hogy az egyén bízik önmagában, szükséges és hasznos személynek tartja magát. Ellenkező esetben gyengeség, alacsonyabb rendűség vagy tehetetlenség érzése kerítheti hatalmába. Az idős embernek minden tevékenységét el kell ismerni, még akkor is ha az eredmény nem tökéletes. Fontos, hogy elismerjük, dicsérjük minden tevékenységét, minél tovább tartjuk meg bennük a tenni akarás élményét.

Az **önmegvalósítás** azt jelenti, hogy az ember önmaga tud lenni, megteszi mindazt, amire képes, amire képességei és készségei különösen alkalmassá teszik. Olyasmivel foglalkozik, amire elhivatottságot érez, kibontakoztatja lehetőségeit és képességeit. Vannak, akik a művészetben, a tudományos tevékenységben, a produktív munkában, mások a sportban vagy szociális tevékenységben törekszenek az önmegvalósításra. E szükséglet kielégítettsége igen fontos még időskorban is. Legyen lehetősége meglévő képességeinek kiélésére, kézimunka, barkácsolás, unokák gondozás. Különösen szem előtt kell tartani időseket ellátó otthonokban, számukra is megteremteni a lehetőséget, hogy legyen alkotási öröme a mindennapokban. A szükséglet kielégítését szolgálják az aktív vagy passzív részvétellel szervezett foglalkoztatások, gyógyfoglalkoztatások.

3. Jellegzetes ápolási diagnózisok

- Mozgáskorlátozottság a fájdalom miatt
- Önellátás hiánya a mozgáskorlátozottság következtében
- Ürítési zavar a mozgáshiány következtében
- Elszigetelődés a mozgáskorlátozottság következtében

Jellegzetes ápolási diagnózisok

Mozgáskorlátozottság a fájdalom miatt

Az izmok ereje és működése csökken, mert az izomtömeg csökken. A csontok tömege csökken, porotikussá válnak. Az ízület mozgathatósága csökken, beszűkül és merevség alakul ki az ízületben. A testtartás is változik, gyakori az alsóvégtag alakjának változása, görbülés, a hát görbülés(kyphosis). A normál testmagasság is csökken, akár 2,5-7,5cm-rel is csökkenhet a fiatalkori testmagassághoz képest. Még a fájdalom mellett is forszírozni kell a mozgás fontosságát az idős ember számára.

Önellátás hiánya a mozgáskorlátozottság következtében

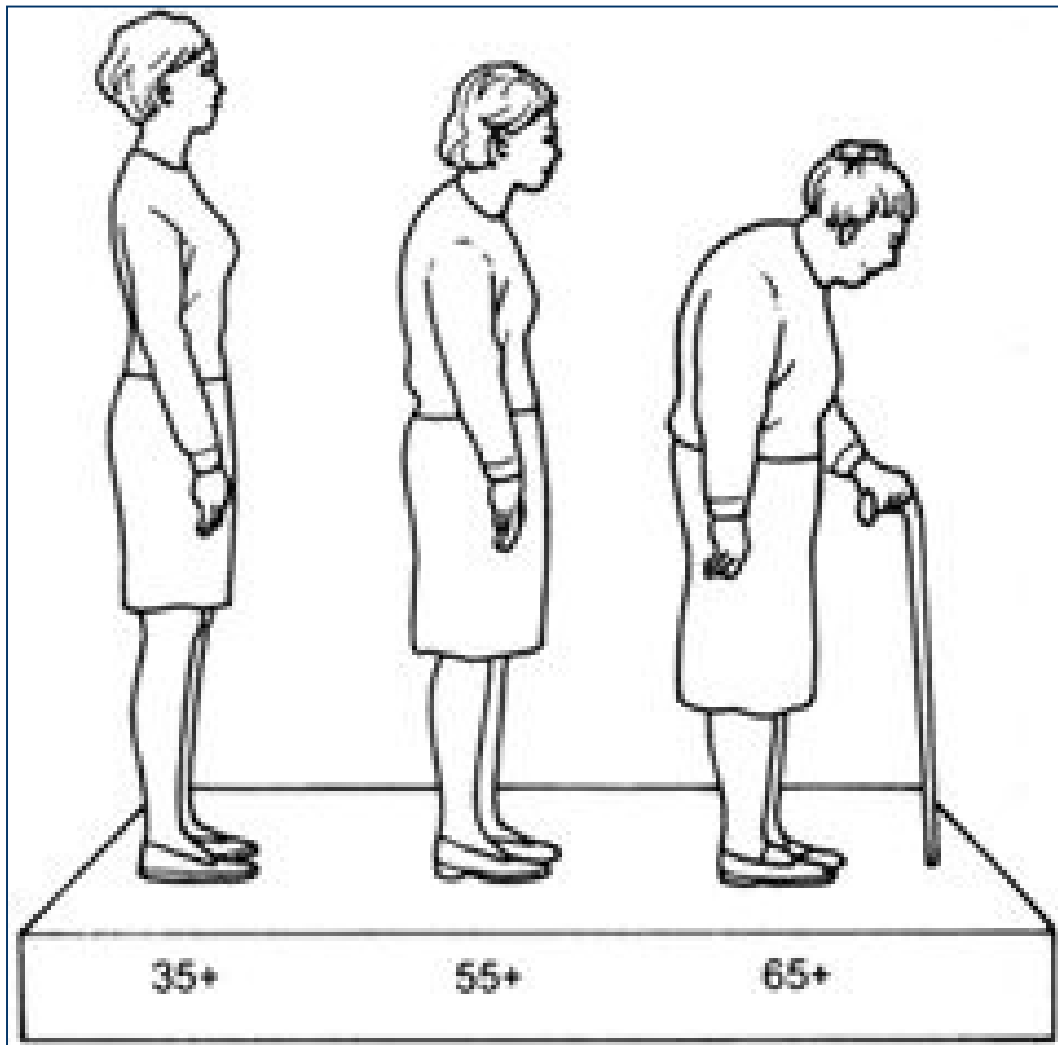
A környezetben való célirányos mozgás képessége csökken, az ízületi mozgások terjedelme korlátozott. Az idős ember lehet részben vagy teljesen mozgáskorlátozott. Nagy szüksége van a segítségre. Lássuk el segédeszközökkel, és tanulja meg ezek használatát.

Ürítési zavar a mozgáshiány következtében

Az elégtelen mozgás negatívan befolyásolja a belek, hólyag tónusát, működését. Ez párosulhat azzal, hogy az ürítési szükséglet kielégítéséhez nem érkezik meg időben a toalettre. Szükség lehet incontinencia betétek és egyéb más termékek használatára.

Elszigetelődés a mozgáskorlátozottság következtében

Az idős ember annak a veszélynek van kitéve, hogy másokkal való kapcsolata egyre ritkul, vagy teljesen abbamarad mozgáskorlátozottsága miatt. Ehhez társulhat még a közlekedés megszokott eszközeinek elvesztése, vagy a megszokott lakóhely elvesztése, pl. tartós ápolást nyújtó intézetbe költözés, vagy elköltözés a korábbi lakóhelyről, hátrahagyva a családtagokat, barátokat. A mentális státusz normális szinten tartásához elengedhetetlen az elszigetelődés kiküszöbölése.



6. kép: A testtartás, a járás megváltozása

Baleset fokozott kockázata a mozgáskorlátozottság/a látásromlás/ a zavartság következtében

Az idős beteg érzékszervi vagy kórélettani fogyatékosága, tudatállapotának zavara miatt vagy a korából adódóan fokozott mértékben van kitéve baleset kockázatának. Nagy a balesetből eredő szövetsérülés veszélye.

A baleset okai:

- szédülés, átmeneti eszméletvesztés,
- bizonytalan járás, egyensúlyzavar,
- arthrosis, arthritis,
- fáradékonyság,
- végtag remegés,
- csökkent teherbíró-képesség.

Decubitus kialakulásának fokozott kockázata a mozgáskorlátozottság miatt

A mozgáskorlátozottság miatt bizonyos testrészek tartós nyomásnak vannak kitéve, ahol magas fokozatú kockázata lesz a decubitus kialakulásának. Nyomás olyan területeken alakul ki, ahol lágyszövet és alatta nagyon közel lévő csont, vagy a fölötte lévő kemény felület tartós érintkezése vált ki. A nyomás következtében a hajszálerek összenyomódnak, esetleg elzáródnak, akadályozott lesz a véráramlás a szöveti sejtek felé és vissza. Hajlamosító tényezői lehetnek az időskori elváltozások, pl. mozgáskárosodás, legyengülés, fájdalom, tudatkárosodás. Az idős beteget minden esetben potenciálisan tekintjük hajlamosnak a decubitus kialakulására. A felsorolt esetekben az első pillanattól használja az ápoló a decubitus prevenció lehetőségeit. Ehhez még orvosi utasítás sem szükséges.

Fáradtság az alvászavar miatt

Idős korra az egyén pihenés rendjében mennyiségi és minőségi változás állhat be, ami fáradtságot, kimerülést okozhat. Gyakori jelenség, hogy az idős ember napközben bóbiskol, aluszékony, este viszont nem tud elaludni. Napközben kössük le a figyelmét, találjon elfoglaltságot. A másik csoport viszont korán kel, úgy tűnik, hogy keveset alszik. Valószínű, ők is bóbiskolnak napközben. Változtatni kell a napi tevékenységeken. Ha az idős ember fáradt, akkor nyugtalan, izgatott, esetleg agresszív. Az egészség megtartásához fontos az alvás és az ébrenlét kellő arányának megtalálása.

Nyugtalanosság a bőrviszketés következtében

A bőr rugalmassága csökken, petyhüdtté, tónustalanná válik. Csökken a faggyú és – verejtékmirigyek működése is. Az idős ember kevesebb gondot fordít a bőrápolásra, krémezésre. Ezért száraz, viszket, és sérülékenyebb, különösen ha még anticoagulans hatású gyógyszereket is kap.

Lehangoltság a társas kapcsolatok hiánya miatt

Az idős embernek csökkennek a társas kapcsolatai, nem jár el munkahelyre, rendezvényekre, vagy már elveszített társat, barátot, esetleg gyermekei távolabb élnek tőle, ez mind a társas kapcsolatok beszűkülését jelenti. Emiatt már érzelmileg is lehangolt, bezárkózottá válik valaki idős korában. A megoldás, hogy otthonából minél gyakrabban ki kell mozdítani, és őt is keressék fel minél többen. Intézetben klub-foglalkozásokat, szabadidős programokat kell ajánlani számukra, a lehangoltság oldására. Ha tartósan lehangoltak, kialakulhat szomatikus elváltozás is.

Az érzékszervek funkcióinak változásai

A látás élessége megváltozik, szem alkalmazkodó képessége meglassul, a látás élessége is megváltozik. Az időskori szem jellemzője a távollátás élesebb, a közellátás elmosódott. Szükséges a szemüveggel való korrekció. Csökken a könnymirigyek működése, emiatt a szem kevésbé lesz csillogó, valamint égő, viszkető érzésről is panaszkodnak az idős egyének, ezen műkönnnyel lehet segíteni. Az ízlelés is megváltozik, a nyelven lévő ízlelőbimbók száma lényegesen megkevesbedik, ezért kevésbé érzi az ízeket. A sós ízt érzi kevésbé, az édes a kedvelt íz az idős ember számára. A szaglőérzékelés az életkor növekedésével általában csökken, bár az egyéni eltérések igen nagyok. Ami nagy veszélyt is jelenthet az idős ember számára, pl. nem érzékeli a gázszivárgást. A hallás is megváltozik, a hallászavar az életkor emelkedésével általában fokozódik, bár a folyamat igen lassú. Az életkorral arányos halláscsökkenés a magas hangok tartományában kezdődik, majd fokozatosan terjed át a beszédhangok tartományába. Az időskori halláscsökkenésnek több oka lehet: fül betegsége, agy betegsége, erős, tartós zajhatás. Az egyensúly érzékelése is egyre bizonytalanabbá válik

az évekkel, szüksége lehet segédeszközökre melyek a test tartását stabilizálják, elkerülve ezáltal az elesési baleseteket.

Táplálkozási elégtelenség a nehezített légzés következtében

A légzésszám- vagy mód megváltozik, gyakran nehezítetté válik. Munka-dyspnoe, nyugalmi-dyspnoe, vagy az asthma valamelyik formája fordul elő, bronchiale vagy cardiale. A megváltozott légzésmód és ritmus a táplálékfelvételt is nehezíti. Hamarabb elfárad, gyakrabban kell szünetet tartani evés közben, az étel minősége is megváltozik állás miatt. A betegnek csökken az étvágya, hamarabb befejezi az evést, mint, hogy eleget evett volna.

4. Ápolás tervezés a geriátria szakápolásban

Az ápolási terv adott beteg ápolásáról, gondozásáról szól. Az ápolási terv segíti az ápolókat, hogy a betegeknek személyre szóló ellátást nyújtsanak.

Az ápolási terv célja:

- a beteg szükségleteinek felmérése
- a tervezett ápolás részletes leírása
- a megvalósított ápolási feladatok leírása
- az eredmény értékelése.

Ezek a lépések megfelelnek az ápolási folyamat szakaszainak.

Felmérés

Az idős ember állapotát mindenre kiterjedően, alaposan kell megtervezni. A felmérés során kapott információt úgy kell kezelni, mint a holisztikus ápolás tervezésének kiindulópontja. Az ápoló által elkészített tervet a közreműködő team tagjaival együtt kell elkészíteni, gyógytornász, szociális munkás, logopédus, mentálhigiénikus, stb, és a tervet magával a beteggel és hozzátartozóival is meg kell ismertetni. A terv eredményessége nagymértékben függ attól, hogyan tud a beteg azonosulni, együttműködni a tervezett beavatkozások sikeres végrehajtásában.

Adat/információgyűjtés, minden lényeges adatot/információt szerezzen be az ápoló:

- a beteg múlt és jelenlegi problémáiról
- szociális helyzetéről
- napi életmódjáról, szokásairól
- általános állapotáról.

A sikeres felmérés célja:

- fiziológiai, pszichológiai, emocionális, környezeti és szociális szükségletek felmérése, a beteg problémáinak felismerése
- segíteni a beteget a mindennapi életrendjének megtartásában/előmozdításában
- vegye figyelembe a mind a beteg által elmondott, mind az ápoló által megfigyelt ápolási problémákat.

Tervezés

A tervezésben írásban rögzítésre kerül azon ápolási beavatkozások sorozata, melyekkel a beteg ápolási problémái fogalmazódnak meg. Prioritási sorrendben történik az ápolás tervezése:

- életet veszélyeztető problémák
- kevésbé sürgős problémák
- esetlegesen felmerülő problémák.

Ebben a szakaszban fogalmazódnak meg az *ápolási célok*, melyek lehetnek:

- rövidtávú célok, az akut állapot kezelésének időszakára
- középtávú célok, a szubakut periódus időtartamára,
- hosszútávú célok, a beteg rehabilitációjára, utókezelésére vonatkoznak.

A célok lehetnek:

- általános érvényűek, az adott kórállapot kezelésével kapcsolatban
- speciális célok, az adott betegre vonatkozóan.

Az ápoló törekedjen a betegközpontú ápolási célok megfogalmazására, melyek olyan léptékűek legyenek melyek a beteg részéről teljesíthetők, elérhetők. Teljesítésük legyen pozitív élmény a beteg számára.

Végrehajtás

Ebben a szakaszban a tervezett ápolási beavatkozásokat meg kell valósítani. A végrehajtáskor az ápolónak tisztában kell lenni kompetenciáival, hatáskörével, szaktudásával. Az ápolási beavatkozások kapcsolatban vannak a beteg problémáival, pontosabban azok enyhítésére, vagy megszüntetésére irányulnak.

Értékelés

Az ápolás tervezés utolsó szakasza. Az utolsó fázisban fel kell mérni, hogy a kitűzött célokat milyen mértékben sikerült megvalósítani, mennyire eredményes az elvégzett ápolási beavatkozás. Nem véletlenül felmérés ez a szakasz is, mert lehet lezárása a folyamatnak, de eredménytelenség, vagy részleges eredményesség esetén egyben kiindulópontja egy újabb és várhatóan eredményesebb ápolás tervezésének.

Értékelni kell:

- a rendszert, ahol az ápolási folyamat megvalósult, az adott ápolási egységet,
- a folyamatot, magát az ápolási tervet,
- a kimenetelt, az ápolás eredményességét, a beteg állapotában bekövetkezett változást.

Az értékelés biztosítja az ápolás magas színvonalú, minőségi megvalósítását. A pozitív eredmény garancia lehet a jövőbeni minőségi munkavégzéshez.

4. táblázat: Az ápolási folyamat összefoglalása

Szakaszai	Cél
Felmérés Assessment	A beteg adatainak gyűjtése, rendszerezése
Ápolási diagnózis Nursing diagnosis	Ok-okozati összefüggések felismerése, a beteg problémáinak és azok okainak megfogalmazása
Tervezés Planning	Ápolási célok megfogalmazása, a várható eredményhez adekvát tervkészítés
Végrehajtás Implementation	A megtervezett ápolási beavatkozások megvalósítása
Értékelés Evaluation	A megvalósított ápolással elértük-e a kitűzött célokat

6. Speciális ápolási problémák öregedés esetén

<i>Sikerős öregedés</i>	<i>Sikertelen öregedés</i>
Alkalmazkodik a változáshoz	Nem fogadja el az öregedés tényét
Jól felhasználja képességeit	Megpróbál fiatalnak látszani
Megpróbálja leküzdeni gyengeségeit, elfogadja azokat, melyeket nem képe változtatni	Gyengeségeiből, betegségeiből előnyöket szerez magának, másokat manipulál
Úgy fogadja el a függőségi állapotot, hogy tudja ez a korábbi munkája alapján neki jár	Sértődött amiért nem törődnek többet vele
Megőrzi önbecsülését	Értéktelennek érzi magát
Örömet nyújtó tevékenységet végez	Nem törekszik egészséges életre
Továbbra is vannak életcéljai	Nincs életcélja
Tápláló ételeket fogyaszt	Válogat az ételekben
Képességeinek megfelelően mozog	Üldögélő életmódot folytat Elszigetelődik a többi embertől

5. táblázat: Sikerős és sikertelen öregedés jellemzői

Forrás: Milliken M. E., Gene C., Mindennapos betegápolás. OIHK, 1991, 799p.

Az egyének a korrallal mindinkább különböznek egymástól. Nincs ún. egységes öregedési minta.

Egy szervrendszer, vagy funkció gyors leromlása mindig betegség, nem pedig a normál öregedés következménye. A normál öregedést, melynek lényege a kapacitás beszűkülésének következményei, mellyel azonban mindig egyensúlyba kerülnek a rizikótényezők, befolyásolják, módosíthatják, de van normál öregkor is.

Az idős emberek azért betegek, mert megbetegedtek, és nem azért mert idősek. Az idősödéssel mindig lehet számolni az orvoslásban, ápolásban, gondozásban, a következő problémákkal:

- mozgásképtelenség, immobilitás,
- szellemi, értelmi, intellektuális hanyatlás,
- állásképtelenség, instabilitás
- orvosi, egészségügyi ártalmak, iatrogén ártalmak
- vizelettartási képtelenség, incontinentia

A funkcionális teljesítő képesség felmérése az ápoló értékelési feladata, amellyel az idős páciensének közérzetét és önállósági képességét megállapítja. Ilyenek a gondozási-ápolási dokumentációnál használt szükséglet felmérés, megállapítás, vagy gondozási szükséglet megállapítás.

A felmérés több célt szolgál: a beteg, idős ember egyéni szükségletét kell felmérni és azt, hogy a gondozás milyen hiányok pótlását célozza meg.

A felmérés alapul szolgál a gondozási terv elkészítéséhez. Az ápolót segíti abban, hogy a beteg igényeit megismerje.

A funkcionális felmérés típusai:

- napi étellel kapcsolatos tevékenység felmérése;
- a komplexebb típusú tevékenység felmérése, étkezés, főzés, bevásárlás, funkcionális értékelési eszközök;
- a páciens önállóságának, illetve mástól függőségének megállapítását jelzi. Milyen mértékben szorul segítségre, milyen személyes igényei vannak, és azokra milyen mértékben szükséges a segítség. A páciens milyen mértékben képes aktivitást kifejezni? Milyenek a szellemi, fizikai, anyagi erőforrások, társadalmi erőforrások lehetőségei.

Érzékszervi veszteségeknél gondozási, ápolási feladatok:

Cél: az érzékelés maximumát elérni. Szem előtt kell tartani, hogy az érzékelés gyengülése fiziológiás, pszichológiai és környezeti tényezők együttes hatásának a következménye. A hiányosságokat lehetőség szerint korrigálni kell. Minden segítséget megadni a megfelelő tájékozódáshoz, képességét felhasználni a megfelelő tevékenység végzéséhez. Segíteni, biztatni, esélyt adni az önálló döntések meghozatalában, a problémák megoldásában. Segíteni más személyekkel a kapcsolatot létrehozni.

Hallás elvesztése

A hallás elvesztése a leggyakoribb érzékszervi veszteség, amely idős korban előfordul. A hallásvesztéssel küzdő ember a hangok torzulását veszi észre. Ez a világról alkotott elképzeléseit torzítja. Társadalmi elszigeteltséghez vezet, valamint depressziót, gyanakvást és romló problémamegoldó készséget vált ki, mivel a megfelelő információk nem jutnak el hozzá.

Cél: a hallási működés maximalizálása. Hallókészülék használatának megtanítása. .



7. kép: Hallókészülékek típusai

Látás romlása

A koraal járó szemelváltozásokat időskori pupillaszűkület, csökkent perifériás látás, lencsék elsárgulás okozza. A koraal együtt jár, hogy a fénysugár hatására a látóbíbor szétesése mérséklődik, ami a félhomályhoz való alkalmazkodás romlását okozza.

A glaukoma /zöldhályog/ fokozott, szemben belüli nyomással járó betegség. Károsítja a látáshoz tartozó idegeket, és vaksághoz vezet. Kezdeté lehet akut és fokozatos.

Az időseken a látás elvesztése növeli a hajlamot ugyanúgy az illúziókra, visszahúzódásra, összerendezetlenségre, és a társadalmi elszigetelődésre. A betegnek nehézségei lehetnek a színek észlelése, a zöld, kék, ibolya.

Ha a betegnek szürkehályogja van, az a szemlencse zavarosodása. Látásgyengülés, szemkifáradás, fejfájás, fokozott fényérzékenység, ködös látás, több kép látása.

Cél: a beteg látási funkcióit a maximálisra javítani. Eszközök, szemüveg, szemlencse, nagyító, kontaktlencse.

Ízérzés és szaglás megváltozása

Ízlelőbimbók csökkennek, édes, sós ízt kevésbé érzi az idős ember. Szagláshoz szorosan kapcsolódik az ízérzés. Az ízérzés és szaglás elvesztése a táplálék felvétel örömet is csökkenti. A dohányzás és a fogak állapota is nagymértékben befolyásolja az ízérzést. A szaglóérzék már 45 év után hanyatlik.

Cél: ízérzés és szaglóérzékenyek maximalizálása. Tálalási technika alkalmazása. Füstérzékelő felszerelése. Sós ízek → tengeri só, édes íz → édesítővel.



8. kép: Ízérzés, étvágy fokozása, gusztusos tálalással

Bőr érzékelő funkciójának elvesztése

Az öregedés a bőr vékonyodását, száradását okozza. A bőr a környezeti tényezők következtében is kiszáradhat, amikor a csökkent páratartalom, durva szappanok, gyakori fürdés, elégtelen folyadékbevitel, táplálkozás. A száraz bőr következtében viszketés, vakarózással a bőr sérülése, fertőzés alakul ki. Idős korban a sebgyógyulás nehezebb.

Cél: a bőr testtakaró funkcióját fenn kell tartani, és a sérülésektől óvni kell. Krémek, testápoló, rövid köröm, megértetni, hogy milyen szükséges a folyadékbevitel.

A beteg mozgásának beszűkülése

A csökkent mozgékonyosság az idős ember számára igen súlyos gond. Mozgékonyosság korlátozásához vezethetnek idegrendszeri elváltozások, törések, ízületi betegségek, érzékszervek érzékelési zavara, érbetegségek.

Az ágyhoz kötöttségek és immobilitás következményei: izomsorvadás, deformitást okozó izomrövidülés, csontritkulás, felfekvések, kiszáradás, embóliák, étvágytalanság, székrekedés, fáradékonyosság, depresszió, álmatlanság a fájdalom miatt. A mozgékonyosság csökkenésének oka a segítőeszköz hiánya, eleséstől való félelem, vagy a rosszul megválasztott lábbeli.

Cél: a beteg mozgékonyosságának maximális helyreállítása, elesések megakadályozása, ezzel a szövődmények elkerülése. A beteg segítése a segédeszközöz való hozzájutásban, használatában, aktív, passzív torna, biztonságos környezet kialakítása. Megfelelő lábbeli, lábápolás, balesetek lehetőségét megbeszélni.

Elesések

Jelentős egészségügyi problémát okozhatnak, kórházba is kerülhet az idős ember, és combnyaktörés következménye olykor halál is lehet.

Külső okok kizárása, biztonságos környezet kialakítása. Szőnyegre figyelni, kádkapaszkodók, csúszásgátló padlózat, megfelelő világítás, lábbeli, lábtörlők, segédeszköz megfelelő állapotban legyen. Kiömlő folyadékot azonnal töröljük fel, a vizes padlón ne járjunk.

Belső okok: cukorbetegség, magas vérnyomás, Alzheimer kór, demencia, mozgásszervi megbetegedések, csontritkulás.

Cél: a törések és más sérülések megfelelő ellátására és gondozására irányulnak, valamint a beteg vagy csak idős ember, olyan értelmű képzésére, hogy elkerülje a sérüléseket.

Kihülés /hypothermia/

A test hőmérséklete 35 C alá csökken. Egyedül élők, nincs felügyelete, vagy egyedül járkál, mozgáskorlátozott és eleshet a hidegben. Takaróval, a szoba fűtésével, végtagok dörzsölésével fokozatosan kell a felmelegítést végezni. Melegítés közben is mérjük az életfunkciókat. Inkább a megelőzésre helyezzük a hangsúlyt.

Cél: a beteg felmelegítése lassú ütemben, és az idős ember megtanítása arra, miként tudja a kihülést elkerülni.

Hőguta /hyperthermia/

Ha a test hőmérséklete 37,8 C fölé emelkedik. Oka lehet kánikula, tűző napon való tartózkodás.

Tünetei: gyengeség, ájulás, gyengeség, gyors pulzus, légzésszám emelkedés, kiszáradt száj, zavart tudat, hallucináció.

Cél: a testhőmérséklet csökkentése, és az ok felderítése, megszüntetése.

Megfelelő ruházat, csökkentjük a fizikai aktivitást, hűvös szoba, lábfürdő, hűvös folyadék, lenge ruha biztosítása.

Gyógyszerhasználat

Gyógyszer felszívódása megváltozik idős korban. Szeretnek gyógyszereket szedni, Szédülnek a mellékhatások által. Ha nem tudja bevenni, összetörni, csak kis mennyiségű folyadékkal beadni. Bevételre figyelni kell, hogy ne tudja összegyűjtögetni, esetleges öngyilkossági szándékkal.

Cél: segíteni, hogy a megfelelő gyógyszert használja. Mit, mivel, mikor, hogyan kell bevennie, és a gyógyszerkiadás szabályainak betartása elsődleges feladat.

Vizelethajtót éjszakára már nem adunk, csak köhögéscsillapítót a nyugodt éjszakai pihenés biztosítására.



9. kép: Gyógyszer adagoló dobozok (saját készítésű)

Idősek terhelhetősége

Idős korban csökken a fizikai erő. Ne akarjunk egyszerre mindent elvégeztetni. Egyéni terhelési program készítése szükséges. Mi az, amit bír, pl.: kertápolás, torna, a kornak, fizikai állapotnak megfelelő.

Cél: biztatni az idős embert, segíteni pl.: a mozgás programokhoz való hozzájutáshoz, támogatni ebben való részvételében. /bot, járókeret, társaság, kísérő biztosításával/

Alvászavarok

Fiziológiás alvás kb. 90 perces, szabályosan működő ciklusokból áll, a ciklusok fázisokból. Szendergés, felületes alvás, mély alvásba való átmenet, mély alvás.

Idős korban megrövidül a negyedik fázis. Ekkor következik be az alvajárás. Ha nem alussza ki magát fáradt türelmetlen, gyakran felébred.

7. Ápolási, ellátási szintek, a gondozási team tagok kapcsolatrendszere

Míthogy az életkor és egyéb tényezők tekintetében eléggé heterogének, nehéz volna valamennyi idős emberre egyforma mértékben érvényes megállapításokat tenni. Azonban vannak többségükre érvényes, vagy életükre többé-kevésbé vonatkozó problémák, mint: a családmodell átalakulása, a nyugdíjazás pszichológiai hatása, illetve az elmagányosodás.

A családmodell megváltozása. Minimálisra csökkent a több generáció együttélésének aránya a kétgenerációs háztartások javára. Ennek egyik oka a népesség urbanizációja. A család termelői funkciója általában megszűnt (újjáélesztése mostanában kezdődik), a fogyasztási-felhasználási funkció vált jellemzővé. Azonban az idős családtag nemcsak a felhasználók egyike, hanem jelenléte, munkája megtakarítást is eredményez. A háztartási munkák végzése főleg a nőknek jelent a nyugdíjaztatás után tovább folytatható tevékenységet.

A nyugdíjazás. Kétségtelenül nagy változás az ember életében. Ha felkészítés nélkül éri, pszichotrauma lehet az, hogy az addig szinte csak a munkájának élő ember nem talál magának rendszeres elfoglaltságot. Van, akinek a nyugdíjazást követően váratlan gyorsasággal romlani kezd egészségi állapota. Akit a munkáján és (esetleg) a családján kívül nem sok egyéb érdekel, az általában nagyon nehezen viseli el a nyugdíjas állapotot. Elég jelentős részük a nyugdíj után 2 éven belül meghal, gyakran cerebrovasculáris történés, vagy rák következtében. Viszont a szélesebb érdeklődési körű, tevékeny életmódot folytató nyugdíjasok nagy valószínűséggel még éveken át jó egészségi állapotban maradnak. Kívánatos olyan gondolkodásmódot, magatartási formákat kialakítani, mely képessé teszi alkalmazkodását a változásokhoz, elfogadja az öregedés tényét, megőrzi önbecsülését, továbbra is vannak életcéljai, jól felhasználja képességeit, megkísérli leküzdeni gyengeségeit, de elfogadja azokat, melyeken nem tud segíteni-változtatni. Ha szükségessé válik, elfogadja és nem valamiféle ajándéknak, hanem korábbi munkája alapján jogosnak (őt megilletőnek) tartja a neki nyújtott segítséget. Tápláló, egészséges étrendet fogyaszt.

Pszichotraumát okozhat az is, hogy megszűnik a szorgalmas munkával elért társadalmi tekintélye, megbecsülése.

Szerencsésnek mondható az a nyugdíjas, aki ipari szakismereteit fel tudja használni hobbi-szerű tevékenységénél, vagy hasznosíthatja képességeit kertészkedéssel, vagy állattenyésztéssel. Az irodalmi, művészeti tevékenység sincs naptári korhatárhoz kötve. A magasan kiemelkedő teljesítményt (tudományos vagy művészeti alkotás) a társadalom akkor is megbecsüli, ha az alkotó idős.

Általános emberi tulajdonság, hogy életkorunk előrehaladtával mindinkább szeretnénk bizonyítani azt, hogy nem éltünk hiába, hasznos tagja vagyunk (voltunk) a társadalomnak, hogy értünk el valami eredményt. A már nyugdíjasok azt szeretnék bizonyítani, hogy még ők is érnek valamit, nem lehet őket teljesen értéktelenként, haszontalanként, feleslegesként a leltárból törölni.

Az elmagányosodás. Nagy veszély az idősök számára. Következményei a szellemi beszűkülés, a környezettől elidegenedés, a depresszió, az időskori indítékszegénység gyorsabb fokozódása. Pedig az idősöknek szüksége van arra, hogy beszélhessenek valakivel, hogy meghallgassák. Régen az unokáknak mondott mesét a nagyszülő. Ma az unokákról beszél

legszívesebben a nagyszülő. A magányos idősingerszegény ember életében nemigen történik érdekes esemény, tehát: marad a múlt eseményeinek ismételt előhozása.



10. kép: Szabadidő hasznos eltöltése

A többség a magányosságot olyan súlyos tehernek érzi, hogy minden kedves szót, barátságos odafordulást túlaradó hálával fogadja, gyakran ajándékkal viszonz. Vannak, akik ezt haszonvagyból tudatosan kihasználják: barátságuk, kedvességük, segítőkészségük csak addig tart, amíg az ajándékozható értékek el nem fogynak.

A társadalom viszonya az idősekhez. Több száz éves hagyományok terhelik azt a képet (image), amit a társadalom tagjai az idősekről kialakítanak magukban. Egyes idősök elhanyagolt, szegényes külseje, vagy éppen régimódi ruházata (azt viselik, amilyük van), kissé lassultabb felfogó és áttekintőképessége tovább rontja a róluk alkotott képet.

A fiatalok közül korántsem mindenki megértően, együttérzően viselkedik az idősekkel szemben. Nem gondolnak arra, hogy ők sem maradnak mindig fiatalok. Egyes fiatalok szerint ami régi, az mind ócska, használhatatlan, felesleges, csak az új a jó. Talán nem is kevesen vannak, akik a munkakörök betöltésénél a tapasztalaton nyugvó megfontoltságot a lendület, a gyors eredményre törekvés hiányának, tétováságnak, rugalmatlanságnak hajlamosak tekinteni.

A jogszabály írja elő a szülőtartás kötelezettségét. Ezt a kötelezettséget elég gyakran elhanyagolják. Önmagában is elég baj, ha a felnőtt gyereket törvényes eszközökkel kell kötelezni arra, hogy támogassa idős szüleit. A nyugdíjas is kérhet szociális segítyt vagy lakásfenntartási támogatást. Van önkormányzat, amelyik nem a jövedelmet vizsgálja, hanem a tulajdont. Pedig a lakást, bútort, berendezést használtan csak elkötyavetyélni lehet. Ilyen szemlélet szerint csak az szegény, aki putriban lakik és földön alszik?

Az idős ember ragaszkodik megszokott környezetéhez, bútoraihoz, emlékeihez, önállóságához, saját lakásához, amíg csak teheti. Ha idős kora, gyengesége vagy járáskorlátozottsága miatt segítségre szorul, a rokonain, barátain, ismerősein kívül egyházi vagy világi (pl. Vöröskereszt) szervezetekhez fordulhat, az illetékes Gondozási Központtól, házi gondozást kérhet. Ez a személyi higiéné-tisztaság biztosítását és ellátást jelent, de a gyakorlatban inkább csak ebédkihordásra és bevásárlásra (élelem, gyógyszer) korlátozódik. Ennél több szolgáltatásra a gondozónőnek nem is nagyon jut ideje. Ugyanez vonatkozik a „házi” ápolóra is. Nálunk ők egyáltalán nem ápolnak, hanem az orvos kihelyezett „kezeként”

meglátogatják a beteget, vérnyomást mérnek, injekciót (insulin, stb.) adnak és hasonló tevékenységet végeznek.

Komoly problémát okozhat, ha az idős személy betegség miatt ágyhoz kötötté válik, állandó felügyeletre, folyamatos ápolásra szorul. Eltekintve attól, hogy a lakások túlnyomó többsége nem elég nagy ahhoz, hogy a beteg részére külön helyiség álljon rendelkezésre, a hozzátartozók sem tudják folyamatosan ellátni, mert a nap egy részében nem tartózkodnak otthon (dolgoznak, iskolába-egyetemre járnak). Ezért a betegek jelentősebb számának otthoni ápolására számítani a hazai reális lehetőségekre alapozva nem lehet. Az ápolásra szoruló betegek túlnyomó többsége intézeti elhelyezést igényel, melynek két hagyományos típusa van jelenleg: a szociális otthon és a gyógyintézet.

Szociális otthonok. A két világháború között ezek elsősorban karitatív jellegűek voltak, nincstelenek-hajléktalanok számára. („Szegényház”) Többségük személyzetét, néha fenntartását is valamelyik egyház biztosította. A második világháború utáni társadalmi és gazdasági változások folytán folyamatosan és nagymértékben növekedett az igény az idősök elhelyezésére. A férőhelyek növelését a városokban elsősorban a megszüntetett szerzetesrendek államosított rendházainak, falvakban az elkobzott urasági kastélyoknak a felhasználásával érték el. A rendszerint többszemélyes hálótermek aligha teszik lehetővé a magánélet legszerényebb formáját sem az ott lakók számára. Az elmúlt évtizedekben új, a célnak jobban megfelelő otthon csupán elvétve épült.

Időközben mind nagyobb lett a bennlakók között a fekvőbetegek aránya, úgyhogy az eredetileg egy-két betegszobából lassanként fekvőbeteg-részlegek, betegosztályok alakultak ki. A megnövekedett feladat korántsem mindig járt együtt az ápolószemélyzet létszámának növelésével. Típusos esetben heti néhány alkalommal bejáró orvos végezte (végzi) az ott lakók orvosi ellátását. Az otthon élelmezésvezetőjét, vagy a szakácsot igyekeznek – legalább tanfolyam segítségével – beavatni a diétás élelmezés rejtjelmeibe.

Az állami vagy önkormányzati szociális otthonok hátránya az aránylag egyszerű elhelyezési körülményeken kívül az, hogy a beutalási eljárás hosszadalmas. Így tehát azonnali (napokon belüli) elhelyezés aligha, gyorsított is ritkán történhet, esetleg hónapokig kell várni. Viszont az elhelyezés életfogytiglan szól, de a beutalt, vagy a családtagja bármikor megszüntetheti. Ezzel szemben az újonnan létesült néhány magán profit-orientált otthonba az elhelyezés egyedüli feltétele az, hogy van-e szabad hely, és addig tart, amíg a (rendszerint nem csekély) díjat valaki fizeti.

Néhány otthon fenntartanak egyházak is, természetesen a hívek pénzéből, adózott jövedelméből. Fenntartásuk, azaz a lakók által esetleg fizetett térítési díj és az önköltség különbségének fedezése is a hívek adományából történik (akik jelentős része szintén nyugdíjas!).

Kórházi elhelyezés. Nyugaton és az USA-ban ezt az ápolási formát tartják a legköltségesebbnek, nyilván a magas önköltség miatt. Amíg nálunk a kórház működésének legfontosabb mutatója az ágylétszám kihasználtsági foka volt, addig valamivel könnyebb volt az ápolást igénylő beteg elhelyezése. A költség növekedését a kórházak az ágylétszám csökkentésével akarják ellensúlyozni, vagyis a beteget minél hamarabb kibocsátani kívánják. Az így működő osztályokat nevezik az egészségügyi szervezők aktív osztályoknak. A lassabban vagy egyáltalán nem gyógyuló, hosszabb ápolásra szoruló beteget (ilyenek az idősök is) a krónikusnak (szinonimák: utókezelő, rehabilitációs, sőt elfekvő) nevezett

osztályokon helyezik el. A szervezők ezt olcsóbbnak tartják az aktív osztályokon történő ápolásnál. Hogyan lehet egy kórházi osztály olcsóbb a többinél? Ha kevesebb személyi (orvos, ápoló- és segédszemélyzet) valamint dologi (gyógyszer, laboratóriumi vizsgálatok és minden egyéb) ellátmányban részesül. Ennélfogva kénytelen kevésbé aktív, netán inaktív lenni. Elvileg krónikus osztályra olyan beteg kerülhet, akinél korábban az egészségi állapotot részletes vizsgálatokkal felmérték, a kezelés módját meghatározták, tehát náluk fenntartó kezelést és ápolást kell végezni.

A hozzátartozók érthető módon többnyire szívesebben helyezik el az idős családtagot kórházban, mint szociális otthonban, mert:

- a kórházi ápolás ingyenes, a szociális otthoni nem. Sőt nemegyszer a kórházban fekvő nyugdíját is felhasználják saját céljaikra.
- mit szólnak az ismerősök, szomszédok, hogy beraktuk a mamát a „szegényházba”? Mégiscsak jobban hangzik, hogy kórházban fekszik.
- a kórház állandó orvosi ellátást-felügyeletet biztosít, viszont a szociális otthon lakóinak orvosi ellátása általában az alapellátás színvonalának megfelelő.

Mindezek alapján érthető, hogy nagy az igény a krónikus osztályok iránt a lakosság részéről. De ugyanilyen nagy az igény a többi kórházi osztály részéről is, most már gazdasági okokból is. Az igények kielégítése történhet az ápolási idő megrövidítésével és/vagy a krónikus ágyak számának növelésével. Az utóbbi években több kórházban létesült – gerontológiának nevezet – krónikus osztály.

8. Ápoláslélektani kérdések idős betegek ellátása esetén

Szükségletek változása időskorban

Az életkor előrehaladásával hangsúlyeltolódás jellemző, az alapvető fiziológia szükségletek kielégítésének jelentősége nő. A betegségek, szociális problémák nehezítik a szükségletek kielégítését. Az önállóság esetleges csökkenése további nehézségeket okoz.

A tartósan ki nem elégetett szükségletek először feszültséget okoznak, majd ha ez az állapot tartós, a szükségletek leépülnek.

Biztonság fontossága az idős életében:

- a biztonság alapvető szükséglet, kielégítetlensége szorongást, félelmet okozhat
- az egyedüllét, a rokonok hiánya fokozza a tüneteket
- gyakran a hölgyek kínos ragaszkodása apró dolgokhoz, sokszor értelmetlennek tűnő dolgokhoz, az állandóság, a kiszámíthatóság érzését adhatja az idős embernek.

Kapcsolati szükségletek módosulása:

- Jellemzően kevesebb embert szeretnek maguk körül (elsősorban rokonokat, velük egykorúakat, vagy régi ismerősöket).
- A megmaradt kapcsolatok jelentősége nő, újakat nehezebben kötnek.

Kiszolgáltatottság és annak kompenzációs lehetőségei időskorban

- a kiszolgáltatottság részben az önállóság elvesztéséből ered, különösen intézményi ellátás esetén
- a betegségek, a szükségletek önálló kielégítésének csökkenése fokozza az érzést
- fontos, hogy ne vegyünk el a döntés jogát azokban a kérdésekben, amelyekben tud dönteni
- a saját maga ellátásában minél tovább maradjon meg az aktivitás
- rehabilitációval, foglalkoztatással minél aktívabb életet biztosítani.

Szerepek változása az időskorban

Szerep: szerepelvárásokkal körülírt viselkedési mód. Pl férfi, szociális gondozó, idős nő)

A nyugdíjzással jelentős szerepvesztés is jár (dolgozó, főnök, szakember, társadalmi szerepek).

Az öregkorral további szerepeket veszíthet az ember: feleség, férj, barát, a veszteség oka elsősorban a környezetben bekövetkezett halálozások.

Új szerepeket kell elsajátítani: gondozott, beteg szerepeket, ami kevésbé aktív.

A szorongás okai

A szorongás generalizált (szétterjedő) tárgynélküli félelem. Negatív lelki állapot. A lelki alkat aktuális állapota nagymértékben befolyásolja.

Új helyzet, ismeretlen dolog (betegség, halál, magány) fokozza.

A szorongás felismerése

A tünetek jelentős része meghatározott testrészhez, célszervhez kötődik: fulladásról, „gombócérzésről”, hasmenésről, fájdalmaokról panaszkodhat a szorongó ember.

Lelkileg feszültnek érzi magát, veritékezik, nyugtalanság jelei látszanak: nem tud ülni maradni, vagy visszahúzódik, nem beszél.

A gondozó feladata a szorongás oldásában

- minden helyzetre, változásra fel kell készíteni a gondozottat,
- részletesen megbeszélni, a kérdésekre akár többször válaszolni
- lehetőséget adni arra, hogy beszéljen a számára ismeretlen, szorongáskeltő helyzetről.

Az ember élni akar. Félt az öregedéstől és a haláltól, s mindattól, ami emlékezteti az elmúlásra. Beleveti magát életfeladatai teljesítésébe, s ezek a részcélok elterelik figyelmét a végső kérdésekről.

A fiatal nem tudja elképzelni, hogy van élet a fiatalság után. Nyugati kultúránk is erősíti ezt az elhatárolódást: legfőbb értékeik a szépség, az egészség, a fiatalság.

Talán nem véletlen az sem, hogy a divat a 15-30 éves korosztályt célozza meg, azt sugallva ezzel, a 30. életév után nincs igazi élet!

Azonban az ember testi hanyatlása folyamatosan halad előre, - akár tudomást vesz róla akár nem,- és a harmincas évek végére általában olyan fokra jut, hogy nem kerülheti el a vele való szembenézést.

A biológiai öregedés

A negyvenes évekhez közeledve más kép fogadja a tükör előtt, mint amit képzelt magunkról. A fizikai terhelést sem bírja már annyira, mint korábban. Egyre többször találkozunk a betegséggel. A halál gondolata gyakrabban fordul meg a fejében.

Van aki hirtelen, van aki fokozatosan szembesül azzal, hogy öregszik. Viszont az életkor társadalmi tabuvá vált, mintha szégyen lenne - még önmagunk előtt is.



11. kép: Az étkezés megváltozása

9. Daganatos betegek ellátása – palliatív terápia

A leggyakoribb daganatok első tünetei

A legtöbb daganat a korai stádiumban nem produkál jellegzetes tüneteket, azonban felborítja a szervezet egyensúlyát. A tünetek először nem biztos, hogy elég riasztóak, azonban ha már elég sokáig nem múlnak el, akkor érdemes kivizsgáltatni.

Daganatos terápia

Kuratív (definitív) terápia. Célja a daganat eltávolítása, ezzel teljes gyógyulás elérése, legtöbb esetben műtéti beavatkozással, máskor kemo- vagy sugárterápiával.

Palliatív terápia. Célja a megfelelő életminőség biztosítása a daganat méretének csökkentésével, a szövődmények kezelésével, a kellemetlen tünetek (elsősorban a kínzó fájdalom) megszüntetésével, a betegek és családjuk pszichés vezetésével, az életmódbeli változtatások kialakításának segítségével.

A fájdalomcsillapítás szempontjai

- általában gyógyszer kombinációk alkalmazandók.
- olyan dózist kell választani, amely valóban csillapítja a fájdalmat!
- a szereket nem szükség esetén alkalmazzák, hanem meghatározott időközönként.

A fájdalom csillapítása lehet gyógyszeres, sebészi és idegsebészeti, illetve szóba jöhet a pszichoterápia. A daganatos betegek gyógyszeres fájdalomcsillapítása több lépcsőben történik, mindig a legelső fokozattal kezdődik, hatástalanság esetén lehet további szereket bevezetni.

1. Nem opioid fájdalomcsillapítók (aszpirin, nem szteroid gyulladásgátlók, dipyrone, paracetamol): nincs bódító hatásuk, a fájdalomcsillapítás mellett egyes típusaik a gyulladást is csökkentik.
2. Enyhe opioidok (dihydrocodein, tramadol): enyhe nyugtató hatással rendelkeznek.
3. Erős opioidok (morfin): többféle formában alkalmazható (tabletta, végbélkúp, bőrre helyezhető tapasz), erős szedatív hatással rendelkező kábító fájdalomcsillapító.

Kemoterápia

A kemoterápiás kezelés során a betegeket olyan gyógyszerekkel (citosztatikumokkal) kezelik, amelyek a daganatos sejteket elpusztítják, vagy legalább szaporodásukat gátolják. A citosztatikumok nagy része a gyorsan szaporodó daganatsejteket szelektíven pusztítja.

Az eljárás lehet kuratív és palliatív. Neoadjuvánsnak nevezzük, ha az operáció előtt alkalmazzuk, hogy a tumor mérete, és a daganatos sejtek életképessége csökkenjen.

Adjuvánsnak nevezzük, ha a műtét után alkalmazzuk, az operáció hatásának fokozására, az esetlegesen a szervezetben maradt daganatos sejtek és területek csökkentésére, felszámolására.

Hatásuk alapja, hogy a kezelendő daganattípusok kevésbé ellenállóak a kezeléssel szemben, mint a szervezet egyéb sejtjei, így hamarabb elpusztulnak. Ugyanakkor a többi sejtípus is károsodik kisebb-nagyobb mértékben, ezért alakulnak ki a mellékhatások.

A kemoterápia során a beteg agresszív hatású gyógyszereket kap hosszabb időn keresztül, meghatározott kombinációkban és meghatározott ideig. A kemoterápia korai mellékhatásai: hányinger, hányás, hajhullás, láz, a fertőzésekre való fokozott fogékonyság, a vérlemezkek számának csökkenése miatt vérzésekre való fokozott hajlam. Hosszabb távon bizonyos szerek meddőséget, idegrendszeri károsodásokat okozhatnak.



12. kép: Túlzott gyógyszerfogyasztás

A sugárterápia

A kezelés folyamán a beteg előzetesen meghatározott helyre, több alkalommal kap bizonyos mennyiségű sugárzást, melyet radioaktív izotópok segítségével állítanak elő. Az összdózis daganatonként eltérő.

A sugárterápiának nagy szerepe van a daganatos betegek kezelésében. A daganatos betegek mintegy fele részesül sugárkezelésben. A sugárkezelés során nagyenergiájú, ionizáló sugárzást használnak. A sugárzás következtében az érintett szövetekben károsodik az örökítő anyag (DNS), így csökken a daganatos sejtek szaporodása.

A kezelés lehet külső (teleterápia), amikor külső sugárforrásból történik a kezelés, illetve belső (brachyterápia), amikor a szervezetbe juttatott sugárforrás fejt ki a terápiás hatást.

A leggyakoribb, korán kialakuló mellékhatások a következők: a bőr kipirosodása, gyulladása; a száj besugárzásakor szájszárazság; a szem kezelésekor kötőhártyagyulladás; a fej besugárzásakor hajhullás.

Az emésztőrendszer daganatainak esetében fogyás, hányinger, hányás, hasmenés léphet fel. Nagy dózisok alkalmazása a fehérvérsejtek és a vérlemezkek számának csökkenését okozza, így fokozódik a fertőzésekre és a vérzésre való hajlam.

Késői, évek alatt kialakuló mellékhatásként a besugárzott területek kötőszövetesedése következik be, mely a funkció romlását eredményezi.

Műtéti terápia

A beteget megfelelő általános állapotba kell hozni, hogy operálható legyen. Sebészi megoldással részben vagy egészben eltávolítják a daganatot. Fontos az aseptikus sebkezelés, a szövődmények elkerülése, megelőzése.

Palliatív terápia

A palliatív terápia célja a véglegesen nem meggyógyítható betegek minél teljesebb fizikai és pszicho-szociális jólétének biztosítása, különösen nagy jelentősége van a terminális állapotú

betegek ellátásában. A rosszindulatú daganatos betegségek gyógyításában az elmúlt évtizedek alatt igen nagy előrelépések történtek, de a kezelések sok ízben csak lassítják a folyamatot, és nem hoznak végleges gyógyulást. A daganatos betegek gondozása és kezelése hosszú ideig is eltarthat, de a betegség késői felismerése, vagy rossz prognózisa miatt lehet, hogy a betegnek a betegség felismerését követően már csak hetei vannak haláláig. Mindkét esetben nagyon fontos az aktív kezeléssel párhuzamosan a palliatív terápia bevezetése is. Sokan úgy vélik, hogy palliatív terápiát már csak a terminális állapotban lévő betegek ellátása során kell alkalmazni.

A daganatos betegség megfelelő időben történő felismerés esetén, amikor még a kuratív terápiától még jó eredmények várhatók, természetesen az aktív kezelésre helyezik a hangsúlyt, de a beteg szükségletének megfelelően a palliatív ellátást is biztosítani kell. Ha a betegséget nem tudják meggyógyítani, akkor az ellátás során folyamatosan egyre nagyobb mértékben veszi át a palliatív gondozás a beteg ellátását, folyamatosan kiszorítva az aktív terápia jelentőségét.

A palliatív terápiás megközelítés alapelvei:

- alapvető az életminőség javítása a megfelelő tüneti kezelés alapján,
- a betegellátás holisztikus legyen, az egyén igényeire szabottan,
- a beteg és családja illetve az ellátó személyzet rendelkezzen a diagnózisra, a betegség stádiumára és az ápolási módzatokra vonatkozó információkkal,
- a beteg családja és környezete igénytől függően lelki, érzelmi, szociális és gyakorlati támogatásban részesül,
- a betegellátás a lehető legteljesebb mértékben feleljen meg a beteg döntéseinek igényeinek, szükségleteinek (ellátás helye, a kezelés, az ápolás módjai),
- a hozzátartozók és a személyzet a beteg elvárásainak megfelelően és mértékben nyíltan és őszintén kommunikáljanak.

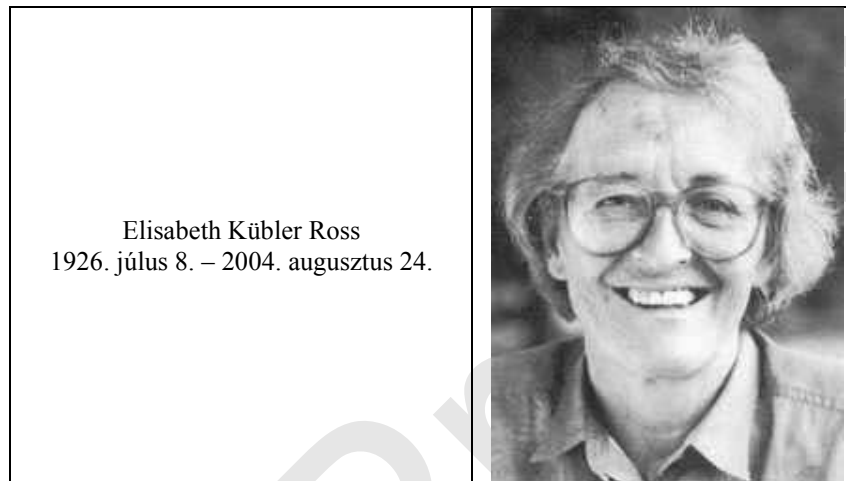
Napjainkban a palliatív gondozás különböző szervezeti keretek között valósul meg. Palliatív gondozást végeznek az onkológiai gondozók, a palliatív terápiás osztályok és a hospice ellátást végző szervezetek.

10. A hospice mozgalom és annak jelentősége

Elisabeth Kübler Ross leírja azt az utat, amit a halálos beteg ember végigjár, a halálos betegség diagnózisának megállapításától a halál beálltáig.

Olvasmány

Elisabeth Kübler Ross 1926. július 8.-án születet Zürichben, svájci származású és pszichiáter lett. A Zürich-i Egyetem orvosi karán 1957-ben végzett. 1958-ban férjhezmenetele után Amerikába költözött. 1963-ban pszichiáter diplomát szerzett a Coloradói Egyetemen. New York, Colorado és Chicago nagy kórházaiban dolgozott. Amikor elkezdett praktizálni, megdöbbentette a haldoklókkal való kórházi bánásmód: "elkerülték őket, rosszul bántak velük; senki nem volt őszinte hozzájuk" -írta könyvében. 2004. augusztus 24.-én halt meg az arizonai Scottsdale-ben.



13. kép: Elisabeth Kübler Ross

On Death and Dying (Haldoklás és halál), 1969-ben megjelent és nemzetközileg ismert könyvében a haldoklás öt pszichológiai fázisát körvonalazta:

- Első stádium: elutasítás, izoláció

A betegek nagy része nem képes elfogadni a gyógyíthatatlanság diagnózisát, de egy idő után szembesülnie kénytelen vele.

- Második stádium: a beteg dühös, irigy, őrvjngő, haragos

Nagyon nehéz ezt az állapotot mindenkinek elfogadni és feldolgozni, a környezetnek nagyon együttérzőnek kell lenni, erős empátiás képességgel kell lenni a beteggel.

- Harmadik stádium: alkudozás

A beteg alkudozni kezd a sorssal, még meghosszabbítást remél és kér, elhagy rossz szokásokat, s cserébe ajándékként tünetmentes időszakot kér. Feltételeket szab és ajánl fel az állapot javuláshoz.

- Negyedik stádium: veszteségérzés, depresszió

Depresszió a múltban történt veszteségek miatt, és depresszió a közeledő halál miatt.

- Ötödik stádium: belenyugvás, elfogadás

A beteg ekkorra már nagyon gyenge, sokat alszik, készül a távozásra. Szinte erőt gyűjt a hosszú útra.

A hospice ellátás fogalma, filozófiája, ellátási formák

A hospice ellátást 1967 óta számítjuk, Cicely Saunders nevéhez fűződik. Gyógyíthatatlan, daganatos betegek életének utolsó szakaszában alkalmazható módszer, melynek célja az emberhez méltó, fájdalom- és félelemmentes terminális életszakasz biztosítása a természetes halál beálltáig, valamint a kapcsolódó gyászreakciók oldása a családtagok, hozzátartozók

körében. A módszer 1967-ben a St. Christopher's Hospice-ban került kidolgozásra, a mára már világszerte elfogadott módszer, ami előírja a testi, szellemi és lelki aspektusok együttes alkalmazását. A hospice ellátás palliatív ellátás, mert a haldokló betegek tüneti kezelését végzi, pl. hányinger-csillapítása, fájdalomcsillapítás, kínzó emésztési zavarok enyhítése, fulladás oldása, szorongás- és halálfélelem oldása. A hátralévő élettartam minőségének javítására törekszik, mivel maga az alapbetegség a tudomány mai ismeretei alapján, gyógyíthatatlan. Az ápolás célja tehát, a szenvedő betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a betegek életminőségének javítása.

„Az Ön életének utolsó percei fontosak nekünk, és mi nemcsak azért fogunk mindent megtenni, hogy békében halhasson meg, hanem hogy mindvégig emberhez méltóan tudjon élni.” Ezek a szavak *Dr. Cecily Saunders*-tól a modern Hospice mozgalom megalapítójától származnak, érvényesek a mai napig, kifejezik a munka lényegét.

Hospice és palliatív ellátás

A WHO az 1990-es első ajánlásában a hospice szó helyett már a palliatív ellátás fogalmát használta, amelynek elsődleges jelentése: a tüneteket enyhítő intézkedés, gyógymód. A WHO definíciója a palliatív gondozásról szélesebb alapokra helyezte a hospice filozófiát, szellemiséget. A hospice „mozgalom-jellege”, elsősorban önkéntességen alapuló, karitatív tevékenysége illetve szervezeti megközelítése („hospice ház”) helyett, utal arra, hogy ez a gondozási forma immár az egészségügyi rendszer integráns része.

A palliatív ellátás fogalma tehát tágabb a hospice fogalmánál, ugyanakkor magában foglalja a hospice filozófiát, szellemiséget illetve szervezeti formákat.

Életminőség

Az életminőség fogalma a terminális állapotban is megegyezik a WHO életminőség-meghatározásával. Az életminőség multidimenzionális fogalom, az élet sokágú, az egyénre vonatkozó viszonyait foglalja magában.

Definíciószerűen: „az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.”

Ellátási formák

- Otthoni hospice ellátás

Alapelv és célkitűzés: a betegek otthonukban ugyanolyan színvonalú palliatív ellátásban részesüljenek, mint a kórházban. Az ellátás a hét minden napján 24 órában elérhető legyen.

- Palliatív terápiás osztály/osztályrész

Alapelv és célkitűzés: a betegek tüneti beállítása és kezelése, magas színvonalú szakellátása történik egy e célra kialakított kórházi osztályon/osztályrészen

- Hospice ház

Alapelv és célkitűzés: a betegek komplex ellátását szolgálja otthonosan berendezett kórházi környezetben. Integrálja az otthonápolás központját, a nappali szanatóriumot és a fájdalomcsillapító ambulanciát

- Nappali szanatórium

Alapelv és célkitűzés: terminális állapotú betegek életminőségének javítása, a szociális izoláció oldása, a tüneti kontroll biztosítása klubszerű feltételek között

- Palliatív mobil konzultációs csoport

Alapelv és célkitűzés: speciális képzettségű szakemberek nyújtanak szakkonzultációt a terminális állapotú daganatos betegek részére az alapellátásban, a kórházi osztályokon, ápolási és szociális otthonokban

A halálfélelem különböző megjelenési formái

Halálfélelem és halálfélelem közt is van különbség: van, akiből az életveszélyes helyzetben megtapasztalt tehetlenségérzet hozza elő a hirtelen jött rettegést, és van, aki személyiségjegyeiből fakadóan folyamatosan retteg a haláltól, az elmúlástól. Nem mindegy, melyik változatról van szó, de mindkettő egyformán kihathat a személyiség alakulására.

Nem kell halálos betegnek lenni, egészséges emberként is lehet találkozni a félelem érzéssel, a halálfélelemmel, és ha valakit mélyen megráz az élmény, az akár az egész életére is hatással lehet. Halálfélelem és halálfélelem között tehát van különbség: nem mindegy, hogy hirtelen jön, például egy katasztrófahelyzetben alakul ki, vagy épp a személyben működő érzések miatt jön elő, és okoz egy kontinuos állapotot. Előbbit nevezik akut, utóbbit pedig krónikus halálfélelemnek.

Akut halálfélelem

A félelem negatív emóció, amely cselekvésre készíti az embert annak érdekében, hogy a veszélyt elkerülje. Alapvető létszükséglet, védőfunkcióval bír. Ha hirtelen veszélybe kerül az élet, mindennemű tapasztalat nélkül is ráismer az ember a halálfélelemre, vagy akár kézzelfogható közelségbe kerül a halállal. A félelem legnagyobb oka, hogy az ember már csak tehetetlenül szemléli a történéseket, nincs lehetősége a beavatkozásra, a folyamat feltartóztatására. A nők és a fiatalok jobban félnek, mint a férfiak és az idősebb korosztálybeliek.

Krónikus halálfélelem

A halál nem mindig egyértelműen közelít, ezért a félelem nem mindig egyértelmű és hirtelen, lehet, hogy a félelem megkeseríti a hétköznapokat, tartósan nagyfokú szorongás kíséri az embert. Jellemzővé válhat rá az ingerlékenység, alvás- és viselkedészavarok jelenhetnek meg, öngyilkossági gondolatokat szöhetnek a fejükben. Kezelés híján, egy életen áttartó állapot jöhet létre.

11. Ápolási dokumentáció alkalmazása az ellátási szintereken

Az egészségügy ellátási szintek

1. Alapellátás

Feladata:

- megelőző tevékenység,
- az egyén egészségügyi állapotának figyelemmel kísérése,
- felvilágosítás,
- gyógykezelés, gondozás,
- rehabilitáció,
- a beteg szakorvoshoz való irányítása,
- a beteg szociális ellátásához, rehabilitációhoz való dokumentáció elkészítése,
- a beteg otthonában való ellátása szükség esetén
- a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

Helyszíne: háziorvosi praxis, fogászati rendelő.

2. Járóbeteg szakellátás

A beteg folyamatos ellátását, gondozását végző /háziorvosi/ beutalás, vagy a beteg jelentkezése alapján kérheti. Szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű szakellátás a járóbeteg szakellátás.

Fekvő beteg ellátást nem igénylő krónikus betegek esetén folyamatos szakorvosi gondozás. A beteg lakóhelyéhez közel, rendszeres tömegközlekedéssel megközelíthetően kell biztosítani.

Feladata:

- megelőző tevékenység,
- gyógykezelés,
- szakorvosi gondozás, otthoni szakápolás elrendelése,
- rehabilitáció,
- szakorvosi konzílium,
- speciális szakorvosi diagnosztika.
- terápia szükségessége esetén szakambulanciára, esetleg fekvő beteg gyógyintézetbe történő beutalás.

3. Fekvőbeteg szakellátás

Fekvőbeteg gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi intézeti ellátás.

Történhet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs, vagy ápolási célú ellátás. Meghatározott napszakokban történő kezelés, egyszeri, vagy kúraszerű beavatkozás.

Helyszíne: kórházak, klinikák, szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, ápolási osztályok, krónikus osztályok végeznek fekvőbeteg ellátást.

Az ápolási dokumentáció alkalmazása

A geriátriai felmérés meghatározza azt az ápolási szintet, amelyre az adott betegnek szüksége van.

Az ápolási dokumentációban az *ápolási anamnézis* felvétele során kifejezett hangsúlyt kell fektetni az információszerzésnél az alábbiakra:

- a mindennapi aktivitások károsodása
- inkontinencia
- a beteg önellátását akadályozó krónikus vagy korlátozó betegség
- mozgási zavarok

- elégtelen táplálkozás (testsúlyvesztés)
- elesések
- szocio- ökonómiai és családi problémák
- érzékelési zavarok
- cerebrovasculáris esemény
- hosszan tartó ágyban fekvés
- decubitus
- mentális állapot (depresszió, konfúzió, demencia, dühkitörések)
- többszörös gyógyszerelés.

Az ápolás tervezése

Az ápolási célokat úgy kell meghatározni, hogy figyelembe kell venni az orvos által készített kezelési tervet, a beteg állapotát és speciális szükségleteit.

Betegelhelyezés:

- kényelmes, biztonságos környezet (kiküszöbölni a veszélyforrásokat).

Táplálkozás:

- megfelelő, előírt diéta
- kis mennyiségű, de gyakori kínálás
- szájhigiéne.

Folyadék egyensúly:

- fekvő betegnél – a folyadékbevitel növelésére kell törekednünk:
- a szájon át történő folyadékfelvételt szorgalmazzuk – ha a beteg ihat
- alapelv: kis mennyiségű, de gyakori itatás.

Bélműködés – hólyagműködés:

- gondoskodjunk megfelelő folyadék bevitelről és salakanyagokban gazdag étrendről
- inkontinencia – megfelelő bőrvédelemmel megakadályozni a bőr irritációk kialakulását.

Aktivitás:

- segítséget kell nyújtanunk a testgyakorlatok végzéséhez, a kontraktúrák megelőzéséhez
- légző-gyakorlatok megtanítása
- decubitus prevenció
- antidecubitor matrac használat – lehetőség szerint
- fokozatos mobilizálás
- relatív rehabilitáció
- gyógyászati segédeszközök használatának megtanítása
- bizonyos tevékenységekbe való bevonás
- mielőbbi önellátásra való visszatérés
- hozzátartozók bevonása az ellátásba
- megoldott-e az otthoni ápolása.

Érzékszervi változások:

- az olyan érzékszervi változások, amelyek nem korrigálhatóak, az idős ember ellátása vagy kezelése során a szokásos eljárások módosítását teszik szükségessé.

Pszichés állapot:

- fontos a beteg bizalmának elnyerése;

- zavartságra való hajlam csökkentése, megfelelő pszichés vezetés;
- sedatívumokra adott paradox reakciók elkerülése.

A tevékenység megvalósulása, végrehajtása, dokumentálása

Az ápolási anamnézis felvétele, az ápolási tevékenység dokumentálása mindig az intézményi speciális ápolási dokumentáción történik.

Az orvos utasítása, valamint az ápolás önálló funkciója alapján, illetve az ápolási tervben meghatározott tevékenységek kivitelezését a szakdolgozók az ápolási dokumentációban rögzítik, és aláírásukkal látják el. Orvosi tevékenység dokumentálása: lázlapon, kórlapban.

A betegmegfigyelés

A beteg állapotában bekövetkezett kedvezőtlen változás esetén a szakdolgozó köteles értesíteni az orvost, aki megadja a szükséges utasításokat, melyet a dokumentációban rögzíteni kell. Az értesítést időpont megjelöléssel kell feltüntetni.

Kiemelt figyelmet kell fordítani az ápolás felmérésekor felmerült problémákra.

Korlátozó intézkedések megfelelő fokú elrendelését és alkalmazását az időpont megjelöléssel kell dokumentálni.

A beteg állapotának értékelése, információ átadás

Az ellátás alatt folyamatosan – orvosi vizitek, osztályátadások során, távozás előtt, áthelyezéskor az ápolásban résztvevők összefoglaló értékelése alapján ápolási zárójelentésben rögzítenek, dokumentálnak minden megtörtént, megfigyelt, észlelt jelet.

Magyar nyelvű szakirodalom a tananyag felhasználásához

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról
1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosításról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény működésének engedélyezéséről
9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeiről
1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- Alan Pearson-Barbara Vaughan: Az ápolási gyakorlat modelljei. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 1995.
- Aranyosy A. Időskorúak foglalkoztatása a szociális intézményekben. Tankönyvkiadó, 1989. Budapest.
- Az ápolás alapelvei. ICN. Budapest, Magyar Kórházzövetség, 1986.
- Babbie E. A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, 1995. Budapest. ISBN 963-506-039-4
- Bagyinszkiné Z., Kovács I., Péntek B. Idősek szociális ellátása. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, 2004. Budapest. ISBN 963-8605-76
- Bagyinszkiné Z., Kovács I., Péntek B. Idősek szociális ellátása. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet, 2007. Budapest. ISBN 978-963-7469-985
- Balogh E. - Wells N., Szociális munka Európában. Válogatás szociális munkás hallgatók nemzetközi tanulmányaiból. Budapest. ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet. 1998. 131p. ISBN 963-463-260-2
- Balogh Z., Papp K. A hazai alapellátásban dolgozó ápolók folyamatos szakmai fejlődésének kérdései. In Nővér 2. évf. 1. szám ISSN 0864-7003
- Balogh Z., Betlehem J., Papp K., Tulkán I., Kovácsné Tóth Á. Képzés, továbbképzés. Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. In Nővér, 2009. 22. évfolyam 1.szám, 3-12oldal ISSN 0864-7003
- Baukó Mária, Kujalek Éva, Wetzelné Gál Anna: Az ápolás alapjai. Budapest, Moduláris tankönyvek, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2008.
- Bálint E. Az idős népesség gazdasági aktivitásának kérdései. Budapest. 1970. ETO 316.37-053.9:331.5
- Benjámín Katalin: Orvosi szótár. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 2006.
- Beregi E. Az öregedés orvosi problémái. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1981. ISBN 963-240-673-7
- Beregi E., Az öregedés. Biológiai elváltozások, megbetegedések és szociális problémák öregkorban. Budapest. Akadémiai Kiadó. 1984. 263p.
- Beregi E., Bondár É., Császár A. Üzenet a társadalomnak az öregedésről. Budapest, Soros Alapítvány, 1999. 17p.
- Blaskovich E. Nemzedéki viszonyulás a súlyos beteg idősökhöz és haldoklókhöz 311-314p. In: Utak és lehetőségek az egyenlő esélyek megteremtésére. Szociális párbeszéd az ezredforduló Magyarországon, Budapest. Szociális és Családügyi Minisztérium, 2002.
- Bácskay A. Gondozási formák az idősellátásban - a szociális alapellátás 185-196p. In Időskorúak Magyarországon. Budapest. KSH, 2004.

- Bíró Gy., Lindner K. Tápanyagtáblázat. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1995. ISBN 963-242-130-1
- Bokor N., Általános ápolástan és gondozástan. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 2009.
- Boncz I., Buda J. Kutatásmódszertani és egészségügyi statisztikai alapismeretek. POTE EFK, 1996. Pécs.
- Böszörményi Dalma: Súlyos betegen élni, méltósággal meghalni
- Carpenito L. Ápolási diagnózisok. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1996. ISBN 963-242-312-7
- Christ M., Hohloch F. Az idős betegek ápolása. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1999. ISBN 963-242-418-2
- Cole M., Cole S.R. Fejlődéslélektan. Osiris Kiadó, Budapest. 1998. ISBN 963-379-494-3
- Czibulka Z., Lakatos M. Az idősokorúak életmódja, életkörülményei. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 1995. ISBN 963-215-077-5
- Czibulka Z., Lakatos M. Az idősokorúak egészségi állapota. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 1994. ISBN 963-215-039-2
- Csabai Márta-Molnár Péter: Egészség, betegség, gyógyítás. Budapest, Springer Orvosi Kiadó Kft, 1999.
- Csapkovics B. Idősek vademecuma. Infotéka BT, Budapest. 2008. ISBN 978-963-87812-0-8
- Csapkovics B. Idősek vademecuma: tájékoztató kedvezményekről és a 60 éven felülieknek adható támogatásokról. Infotéka BT, Budapest. 2001. ISBN 978-963-06-3091-7
- Cseh-Szombathy L. Az öregedés komplex problémái. MTESZ, Budapest. 1983. ISBN 978-963-9718-17
- Csernák Jné., Család a mai magyar társadalomban. Budapest. Nemzetközi Családév Titkársága, 1994. 171p. In Családpolitikai Füzet
- Daróczi E., Spéder Zs. A korfa tetején: az idősokok helyzete Magyarországon. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Budapest. 2000. ISBN 963-7109-68-4
- Dooghe, G. A népesség öregedésének hatása az idősokok korösszetételére. In Demográfia 33. 1990. 1-2. (24-37.) ISSN 0011-8249
- Dóra I., Polonyi K. Ezüstkor. Idősokorúak Magyarországon, 2002. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, KSH, Budapest. 2002. ISSN 1785-1831
- Dózsa Cs. Az idősokori szociális gondozó intézmények 61-88p. In Kötet az öregekről. Budapest. Text-Print Nyomdaipari Kft, 1995. ISSN 1217-1697
- Elkin, Perry Potter: Ápolói beavatkozások. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 2000.
- Embey-Isztin Dezső, Dr. Kismarton Judit: Palliative Care és fájdalomcsillapítás
- Eszik Z. Találkozások a minőségi idősokgondozással. Debrecen, Humán Fejlesztők Kollégiuma, 2004. 119p. ISBN 963-216-629-9
- Ferge Zs. Reálisan a nyugdíjasok helyzetéről. In Esély, 1999/6. 34-50. ISSN 0865-0810
- Forrai E. Gyuris T. Hronyecz I. Ladányi E. Az idős emberek ellátásáról. In Kapocs 1. 2002. 2. 24-41p. ISSN 1588-7227
- Gáthy V., Széman Zs., Öregedés Közép-Európában. Szociális-technikai innováció. Budapest, MTA Társadalomtudományi Kutató Központ. 1996. 87p. ISBN 963-8310-05-7
- Gyarmati A. Idősellátásban dolgozók munkahelyi körülményei. In Kapocs 5. 2006. 3. 16-21p. ISSN 1588-7227
- Gyarmati A. Aktív idős kor: új paradigma a II. világháború utáni európai szociálpolitikában. In Kapocs, 2009. ISSN 1588-7227
- Gyekiczky T. Újraállamosítás: idősotthonok Magyarországon, 1993-2008. Gondolat Kiadó, Budapest. 2009. ISBN 978-963-693-163-6
- Gyuris T. Az idős emberek szociális ellátásának mentálhigiénés feladatai. NCsSzI. Budapest. 2003. 147p. In Kapocs, 2. ISBN 963-210-096-4

- Hack E. Az egészségügyi és a szociális rendszerek ütközési pontjai. In Szociális Munka 8. 1996. 4. 281-285p. ISSN 0865-347X
- Hayflick L. Az öregedés titkai. Magyar Könyvklub, Budapest. 1995. ISBN 963-548-093-8
- Hárdi István: Pszichológia a betegágynál. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 1998.
- Hegedus Katalin: Lélektől lélekidig
- Hegedus Katalin: Hospice alapismeretek SOTE 1998
- Hídvégi K. Az időskori rehabilitáció - elvek és lehetőségek. 40-45p. In: A rehabilitáció alapproblémái. Budapest. SzMA, 1995. ISBN 963-8403-11-X
- Horváth Endre (szerk): Jegyzet gyógyfoglalkoztató asszisztensek számára.. Budapest, ETI, 1999.
- Hun N. Az idősek szociális gondozása Magyarországon. 252-261p. In: Az öregedés. Biológiai elváltozások, megbetegedések és szociális problémák öregkorban. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1984. ISBN 963-05-3356-1
- Hunt J. M., Marks M. D. J. Az ápolási tervek, az ápolási folyamat működés közben. Egészségügyi Minisztérium, Budapest. 1987. ISBN 963-241-677-5
- Illei Gy. Klinikai ápolástani ismeretek I. II. POTE EFK, Pécs. 1995.
- Imre S., Fábíán G. Őszülő társadalmak. DE EFK, Nyíregyháza. 2006. ISBN 963-473-003-5
- Imre S., A klinikai gerontológia alapjai. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 2007.
- Iván L. Ne féljünk az öregedéstől. Subrosa Kiadó, Budapest. 1997. ISBN 963-8354-73-9
- Iván L. Időskorúak önismerete. Nemzetközi Családév Titkársága, Budapest. 1994. ISBN 963-04-5065-8
- Iván L. Az ember és öregedése. In Vigilia 60. 1995. 7. 505-507p. ISSN 0042-6024
- Iván L. Az időskorúakkal kapcsolatos szociálpszichiátriai feladatok. 151-154p. Az időskorú népesség demográfiai helyzete és problémái. Tudományos konferencia, 1982. ápr. 20-21. Budapest, SKV, 1983. ISBN 963-340-539-4
- Iván L. Idősmegtartó család, idősmegtartó közösség, idősmegtartó társadalom 105-115.p In: Család és társadalom. Budapest. STRATEK, 2000. ISBN 963-9284-556
- Jakab Tivadar, Lencz László: Fájdalomcsillapítás
- Jean Smith Temple-Joyce Young Johnson: Gyakorlati ápolástan. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 1997.
- Jennifer M. Hunt-Diane J. Marks-Maran: Az ápolási tervek. Az ápolási folyamat működés közben. Budapest, Egészségügyi Minisztérium, 1987.
- Juhász G. A szociális védelem megújítása az Európai Unió szociálpolitikai programjában. In Esély 15. 2004. 2. 62-83p. ISSN 0865-0810
- Karazsi M. Kórház - szociális otthon – temető. 103-128p. In A kórházi szociális munka alapjai. Munka Alapítvány. 1993. ISSN 1216-5670;7
- Kapitány G., Lakatos M. Az időskorúak demográfiai jellemzői a népszámlálások alapján. KSH, Budapest. 2004.
- Károlyi Gy. Az idősödő társadalom egészségügyi és szociális problémái. In Egészségnevelés. 36. 1995. 4. (157-159.) ISSN 0073-4004
- Károlyi Gy. Új szempontok az idős lakosság gondozásához. In Orvosi Hetilap 133. 1992. 45. 2917-2918p. ISSN 0030-6002
- Kepecs J. Dallos Öné. Az időskorúak helyzete. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 1986. ISBN 963-02-4657-0
- Kertai P. Megelőző orvostan. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1999. ISBN 963-242-334-8
- Keszthelyiné Rédei M., Lakatos M., Elderly people in the present-day Hungary. [Öregek a mai Magyarországon.] Budapest. KSH - Szociális és Családügyi Minisztérium, 1999. 8p.
- Kolozsi B. Az öregedés szociális ökológiája és a gerontopszichiátria. Akadémiai Nyomda, Budapest. 1981. ISSN 0025-0325

Kun Andrea: Súlyos betegek segítése, mindennapi ápolás
 Kübler E. A halál és a hozzávetető út. Gondolat Kiadó, Budapest. 1998. ISBN 963-282-065-7
 Lévai K., Kötet az öregekről. In Esély 7. 1995. 124p. ISSN 1217-1697;2
 Lévai K. Idősellátás Magyarországon: brit-magyar kutatási modellek. Szociális Innováció Alapítvány, Budapest. 1999. ISBN 963-8310-05-7
 Lévai K., Szöveggyűjtemény a szociális munka elmélete és gyakorlata tantárgy tanulmányozásához: Oktatási segédanyag közép fokú szociális képzéshez. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 1993. 255p. ISBN 963-242-128-0
 Lisszaboni Stratégia, 2000.
 Lynda Juall Carpenito: Ápolási diagnózisok. Medicina Könyvkiadó Rt, 1996.
 Madridi Konferencia, 2002. Az ENSZ 2. Öregedési Világkonferenciája. Madrid, 2002.
 Maastrichti Szerződés, 1992.
 Medgyesi M. A harmadik kor: az idősök jövedelmi helyzete és lakáskörülményei. Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés, Budapest. 1999. ISBN 963-7869-19-0
 Metzgar E.-Polfus P. Az egészségi állapot felmérése. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1999. ISBN 963-242-426-3
 Milliken M. E., Campbell G. Mindennapos betegápolás. Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest. 1991. ISBN 963-7532-25-0
 Nagy E. Öregek kalauza. Noran Kiadó, Budapest. 2000. ISBN 963-9048-85-2
 Needham J. Gerontológiai ápolás. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1995. ISBN 963-242-389-5
 Nizzai Szerződés, 2001.
 Nouwen, Henri J. M. Időskor: az élet beteljesedése. Ursus Libris, Budapest. ISBN 978-963-9718-17-3
 Orbán I. Gondolatok a szociálpolitika köréből. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Gyermek és Ifjúságvédelmi Intézet. Nyíregyháza, 1992. 112p. ISBN 963-04-1793-6
 Papp K. Az aktív idős kor felé – Krakkó. In Ápolásügy 2003. 5. szám 16. évfolyam. ISSN 1216-5026
 Papp K. Az aktív idős kor felé – Pori. In Ápolásügy 2004. 2. szám 17. évfolyam. ISSN 1216-5026
 Papp K. Az ápoláskutatás mint tantárgy. In Ápolásügy 1997. 9. évf. 4. szám. ISSN 1216-5026
 Papp K.-Balogh Z. Az idős emberek elvárásai a jövő gondozásával és szolgáltatásaival kapcsolatban. In Nővér. 2006. 19.évfolyam, 6 szám, 3-7oldal. ISSN 0864-7003
 Pataki J. "Túl van már az innen": vélemények és előítéletek az öregségről. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest. 1983. ETO 316.346.3
 Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 1996.
 Philip L. Gildenberg: A krónikus fájdalomban szenvedő beteg
 Pilling János: Gyász. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, 2003.
 Rice R. A házi betegellátás ápolói kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1998. ISBN 963-242-456-5
 Rogers R. LEMON csomag. WHO Regional Office, Budapest. 1996.
 Sajtos L., Mitev A. SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest. 2007. ISBN 978-963-9659-08-7
 Ruzsa Ágnes: A tumoros eredetű fájdalom csillapítása WHO alapelvek
 Ruzsa Ágnes: Palliatív terápiás alapismeretek SOTE 1999
 Sáhó E. Időskorúak. Labora Szociális Szolgáltató, Budapest. 1994. ISBN 963-04-4638-3
 Semsei I. Gerontológia. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza. 2008.
 Smith T. J. Gyakorlati ápolástan. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1997. ISBN 963-242-319-4

- Sümege E. Szociális kézikönyv I. II. Szociális és családtügyi Minisztérium, Budapest. 2000. ISBN 963-00-7588-1
- Szabó L. Szociális készségszint felmérés mentálisan hanyatló idősök vizsgálatában. Fővárosi Önkormányzat, Budapest. 2003.
- Szabó L. A mentálhigiénés csoport tevékenysége a bentlakásos otthonban. Fővárosi Önkormányzat, Budapest. 2000.
- Szabó R. Geriátria. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 1990. ISBN 963-241-956-1
- Szabó Rezső (2000): Geriátria, idősgyógyászat
- Szűcs Z. Az időskorúak helyzete a kilencvenes években Magyarországon. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 2000. ISBN 963-215-351-0
- Tariska P. Idősgondozási kézikönyv. Magyar Geriáter Service Kiadó, Budapest. 2010. ISBN 963-06-8447-7
- Telekes András: A daganatos betegek fájdalomcsillapítása
- Tokaji Kné. A tartós bentlakásos intézményekben ellátottak egyes jövedelmi, egészségügyi és demográfiai adatai. Szociálpolitikai Fejlesztési Központ, Budapest. 1997. ISSN 1418-6691
- Zajkás G. Diétáskönyv. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 2007.
- Zám M. Szociális stratégiai tervezés. Önkormányzati Módszertani Füzetek, Poliszt Bt, Budapest. 1993.
- Villányi P. Szociálgerontológia. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, Tankönyvkiadó, 1984. 176p. ISBN 963-8403-09-8
- Vízvári László (szerk): Gondozástan. Budapest, Skandi-Wald Könyvkiadó, 2003.

Angol nyelvű szakirodalom a tananyag felhasználásához

- Beth B. Hess, Elizabeth W. Markson. *Aging & old age: an introduction to social gerontology*. Collier-Macmillan Ltd., 1980. London ISBN 0023541008
- Canfield J., Hansen V. M. *Chicken Soup Soul older & wiser*. 2005. ISBN 978-1-935096-17-7
- Cseh-Szombathy L. *The oldest inhabitants of Hungary*. Sociological Institut of the Hungarian Acad. of sciences, Budapest. 1997.
- Demographic Yearbook, 2012. Hungarian Central Statistics Office, Budapest. ISSN 0237-7594
- Jamieson A. *Home care for older people in Europe: a comparison of policies and practices*. Oxford medical publications, Oxford. 1991. ISBN 0192-620-509
- Lévai K. *Future models of elderly care*. Social Innovation Foundation, Budapest. 2000. ISBN 0-19-262050-9
- Malcolm L. Johnson L. Bengtson, Peter G. Coleman, Thomas B. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge Univ. Press, Cambridge. 2005. ISBN 978-0-521-53370-8
- Papp K. Toward active old age. 2nd International Summer School Proceedings. 2004. Maribor. ISBN 961-6254-29-4
- Széman Zs. *Pensioners on the labour market: a failure in welfare*. Institute of Sociology, Budapest. 1989. ISBN 963-8301-88-0
- World Health Organisation. World Health Report, 2006.
- Yearbook of Health Statistics 2012. Hungarian Central Statistics Office, Budapest. ISSN 1585-8847