

Szívműtétek időskorban

Balogh Irma

egyetemi okleveles ápoló hallgató
(Debreceni Egyetem Szívsebészeti Klinika, Debrecen)

Vizsgálat célja: A Debreceni Szívsebészeti Klinikán az elmúlt években rohamosan emelkedett a szívműtetre kerülő idős betegek száma. Vizsgálatunk során szeretnénk választ kapni arra, hogy az idős betegek műtét utáni lábadozása különbözik-e a fiatalabb korosztályétól.

Módszerek és minta: 1999. szeptember 1. és december 15. között 50 egymást követő 70 évnél idősebb beteget (átlagéletemkor 73,8 év), és ugyanezen időszak alatt 50 véletlenszerűen kiválasztott 70 évnél fiatalabb beteget (átlagéletemkor 55,3 év) vizsgáltunk meg. Munkánk során összehasonlítottuk a két betegcsoport kórelőzményi adatait, az elvégzett műtéti beavatkozásokat, az aorta lefogási és perfúziós időt, valamint mindkét csoportnál feljegyeztük a lényegesebb szövődeményeket. Vizsgáltuk mindkét csoportnál a lélegeztetési időt, az intenzív osztályon töltött időt, és a kórházi ápolási napok számát.

Eredmények: Mindkét csoportban a koszorúér bypass volt a leggyakoribb beavatkozás. A műtéti beavatkozások súlyossága és időtartama között lényeges különbség nem volt a két csoport között. A kórházi mortalitás az idős betegeknél 6%, a fiatalabbaknál 2% volt. A lélegeztetési idő a 70 év feletti betegeknél átlagosan 50%-kal hosszabb volt, mint a fiatalabb betegek esetében. Ritmuszavarok másfélszer, neurológiai komplikációk háromszor, vérzéses szövődemények két és félszer, vesefunkció csökkenés pedig kilencszer gyakrabban fordult elő az idős betegek között. A gyakrabban előforduló szövődemények miatt az intenzív osztályon töltött idő több mint kétszer, a kórházi ápolási idő pedig mintegy 30%-kal volt hosszabb, mint a fiatalabb betegek esetében.

Következtetés: Az időskor önmagában nem lehet akadálya annak, hogy egy fokozott veszéllyel járó szívműtétet végezzenek a betegen, ha az javítja az egyén egészségi állapotát, illetve megakadályozza annak további romlását. Az egészségügynek azonban fel kell készülni a növekvő számú idős betegek ellátása során fellépő speciális igények ellátására.

Elméleti háttér

Az öregedés az emberi élet utolsó szakasza, az egyedfejlődés befejező része [9]. Az egész élet folyamán progresszív és regresszív folyamatok mennek végbe. Mindaddig, amíg a progresszív folyamatok vannak túlsúlyban, előrehaladó fejlődésről beszélünk. Amikor azonban a regresszív folyamatok kerülnek előtérbe ez már az öregedés fázisát jelenti. A kettő között van egy olyan szakasz, amelyben stabil stagnáló állapotról beszélhetünk [5].

Alapvetően fontos, hogy az öregedés nem betegség, hanem biológiai folyamat, ha pedig nem betegség akkor gyógyítani sem kell. A betegségek és egyéb károsító tényezők kiiktatásával azonban meg lehet előzni az idő előtti öregedést és a korai elhalálózást. A regresszív folyamatok hatására a szervezet védtelenebbé válik a természet hatásaival szemben, kevésbé tud alkalmazkodni hozzájuk, illetve kivédeni azokat, ezért az öregkor majdnem mindig együtt jár bizonyos betegségek megjelenésével.

Az emberi életkor felső határa még vitatott, de a legtöbb szerző a 120 évet határozza meg. A statisztikai adatok szerint a születéskor várható átlagos élettartam világszerte növekedőben van, ezért az idősebb korosztály aránya emelkedik az össznépségen belül [4].

Az "öszülő világ" adatai globális kihívásokat jeleznek. A világtörténelem legöregebb társadalmasodásának vagyunk tanúi. A 60 éves és idősebb népesség aránya a társadalomban gyorsabban növekszik, mint a többi korcsoporté. Az 1950-ben regisztrált 200 millióról 2025-re egymilliárd-kettőszázmillióra gyarapodik számuk, ami 75 év alatt hatszoros növekedést jelent. 2025-re a fejlett országokban minden négy ember közül egy 60 éves vagy idősebb lesz, ami a lakosság 25%-át teszi ki. Ezzel szemben a fejlődő országokban ez az arány csak 12% körül alakul, ami 860 millió embert és az egész világ idős népességének a 71%-át jelenti [8].

Magyarországon a 60 év feletti népesség az 1999-es népszámlálási adatok szerint a lakosság 19%-a. Az idős korúak eloszlása regionális különbséget mutat. A "legidősebb" Heves-megye (21,4%) a "legfiatalabb" Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (17,1%) [11]. Hajdú-Bihar megyében a KSH 1998-as adatai szerint a 60 év felettiiek száma 97 322, ebből a férfiak aránya 38 905, a nők pedig 58 417 [7]. Az egészségügyi ellátás rendszerének fel kell készülnie arra, hogy az egyre jobban öregedő népesség speciális igényeinek megfelelhessen.

Az idős ember életében központi szerepet tölt be a halál kérdése, mint az élet befejező szakaszának vége. Maga az elmúlás csak igen ritka esetben alakul ki természetes úton, általában valamilyen betegség előzi meg.

A vezető halálokok között elsőként a keringési rendszer betegségei szerepelnek: ezek a 65-74 év közötti korosztálynál az összhalálozás 50-52%-át, míg a 75 év kor felettiiek esetében már több mint 60%-át teszi ki [11]. Az időskorra jellemző a betegségek előfordulási gyakoriságának megváltozása, és egyidejűleg több betegség

illetve kóros állapot jelentkezése. A betegségek kezdete, tünettana, lefolyása általában eltér a fiatalabb korosztályban észlelteknél. A heveny betegségek kezdete általában nem feltűnő, hanem inkább alattomos, a fájdalommal járó betegségek is csak egészen enyhe tünetekkel járhatnak. A kórlefolyás, a betegek gyógyulása időben elhúzódóbb, a spontán rehabilitáció csak kivételes esetben következik be.

A kardiovaszkuláris betegségeknek nagy jelentősége van időskorban: a 65 évnél idősebb férfiak 20%-a, a nők 12%-a minősíthető szívbetegeknek. A leggyakoribb szív eredetű halálok az ischaemiás szívbetegség (ISZB), mely alatt a koszorúerek szűkületét értjük [10]. Előfordulása az életkorral növekszik, de a fájdalom percepciójának csökkenése miatt növekszik a fájdalom nélkül kezdődő esetek száma. Időseknél nagyobb a miokardiális infarktus halálozási szám [13]. Az elmúlt évtizedben az ISZB kezelésében egyre nagyobb szerepet kap a műtéti megoldás idős betegek esetében is.

A szív eredetű halálokok között második helyen a cor pulmonale chronicum áll, mely valamilyen tüdőbetegség következtében kialakuló jobb szívfél elégtelenség. A hipertónia valamilyen szövődménye 8-13%-kal férfiaknál, 12-15%-kal nőknél a harmadik leggyakoribb kardiális halálok [13]. Már a 40 év alattiak között is 20%-ban fordul elő hipertónia, a 65 év felettieknek pedig mintegy 60%-át érinti [2].

A billentyű betegségekből eredő halálozás a negyedik helyet foglalja el a kardiális halálokok között. A reumás betegségek előfordulása idős korban ritka, azonban a fiatalabb korban lezajlott betegség hatása gyakran csak idős korban jelentkezik. A kialakult súlyos billentyűhibák hatékony kezelése nyitott szívű műtétet igényel, melynek elvégzése idős betegeknél is indokolt.

A kardiovaszkuláris betegségekkel igen gyakran társul más szervrendszeri betegség, mint a perifériás érbetegség, vesebetegségek és diabetes mellitus. A társbetegségek száma és súlyossága nagymértékben befolyásolja az alapbetegség lefolyását és kimenetelét, valamint megnöveli a kezelés során kialakuló szövődmények arányát.

A DEOEC Szívsebészeti Klinikáján évről évre egyre nagyobb számban kerülnek műtetre idős betegek. Az igényekkel párhuzamosan javultak a korai felismerés feltételei a modern diagnosztikai eljárások segítségével, így továbbra is várható a kezelésre kerülő idős betegek számának folyamatos növekedése. Ezzel a ténnyel számolni kell minden intézménynek és egészségügyi ellátó rendszernek. A társadalomnak fel kell készülni az idős betegek ellátására szakmai, anyagi és erkölcsi téren egyaránt.

Célkitűzés

A modern társadalomban az idős lakosságnak fontos szerepe van, ezért feladatunk lehetővé tenni azt, hogy minél hosszabb ideig aktívan, egészségesen élhessenek saját otthonukban. Az idős emberek nem azért érzik magukat rosszul mert öregek, hanem azért mert betegek [3].

Az egészségügyben dolgozók feladata az, hogy olyan állapotba hozzák az idős betegeket, hogy a kórház elhagyását követően önálló életet élhessenek. Ehhez természetesen körültekintő és mindenre kiterjedő orvosi munkára, megfelelő anyagi bázisra, magas szintű szakmai felkészültségre, speciális ápolási és gondozási munkára van szükség. Ezeknek a fő jellemzői az átlagosnál nagyobb türelem, megfigyelőképesség, megfelelő szakértelem, együttérzés, az idős ember szükségleteinek maximális kielégítése és pszichéjének megértése, támogatása. E feladatkör megvalósításában jelentős szerepet tölt be az ápolónő.

Az elmúlt 5 évben a DEOEC Szívsebészeti Klinikáján megnőtt a szívű műtetre kerülő idős betegek száma. Az 1. táblázat a debreceni Szívsebészeti Klinikán az elmúlt öt évben végzett nyitott szívű műtétek számát és ezen belül az idős (70 éven felüli) betegek arányát mutatja. Látható, hogy még 1995-ben az idős betegek a műtéti szám 7,6%-át tették ki, 1999-ben az arány 14,9%-ra emelkedett.

Munkánk során választ kerestünk arra, hogy az idős betegek szívű műtét utáni lábadozása különbözik-e a fiatalabb korosztályétól. A vizsgálatban a 70 év feletti betegeket tekintettük "idős betegnek", annál az oknál fogva, hogy 70 év felett a betegek többségénél többféle társbetegség által okozott összetett egészségkárosodással lehet számolni. Az eredményeket hasonló műtéteken átesett fiatalabb betegek adataival hasonlítottuk össze.

Vizsgáltuk a betegek műtét előtti állapotát, az elvégzett műtéteket típusaik szerint, valamint a posztoperatív kórlefolyást és a kórházi kezelés idejét. Ezen adatokból próbáltunk következtetni arra, hogy a 70 évnél idősebb betegek szívű műtétje és az azt követő kezelése mennyivel ró nagyobb terheket az intézetre, a beteget ellátó személyzetre és magára a betegre.

	Összes műtét	70 év feletti betegek	%
1995	844	64	7,6
1996	891	100	11,2
1997	1022	123	12,0
1998	1106	172	15,5
1999	1198	179	14,9

1. táblázat – A debreceni Szívsebészeti Klinikán végzett nyitott szív műtétek száma és ezen belül a 70 év feletti betegek aránya 1995. és 1999. között

Beteganyag és módszerek

Beteganyag

1999. szeptember 1. és december 15. között a debreceni Szívsebészeti Klinikán 50 egymást követő 70 év feletti beteget és ugyanezen időszakban 50 véletlenszerűen kiválasztott 70 év alatti beteget vizsgáltunk meg. A hetven év feletti korosztályban 35 férfi és 15 nő került műtetre, átlagéletkoruk 73,8 év volt. A vizsgált csoport legidősebb betege 80 éves volt. A kontroll csoportban 37 férfi és 13 nő került műtetre, átlagéletkoruk pedig 55,3 év volt. A legfiatalabb beteg 42 éves, a legidősebb 68 éves volt a kontroll csoportban.

A vizsgált adatok feldolgozása az altatási jegyzőkönyv, az intenzív észlelőlap, a laborösszesítő, a lázlap, az ápolási lap és a kórlap felhasználásával történt.

A betegek kórelőzményi adatait a 2. táblázatban foglaltuk össze. A 70 év fölötti betegeknek a hipertónia nagyobb számban fordult elő, mint a kontroll csoportban (86% ill. 72%). A cukorbetegség szintén gyakoribb volt az idős betegek között: a 70 év feletti betegek 16%-át, a kontroll csoport 10%-át kezelték diabetes mellitus miatt a műtétet megelőzően. Lényeges eltérés látható a miokardiális infarktuson átesett betegek között. Az idős betegeknek mintegy 40%-ánál, a fiatalabb betegek 26%-ánál szerepelt infarktus az anamnézisben. Igen kifejezett különbséget találtunk a krónikus veseelégtelenség gyakorisága között, amely a 70 év feletti betegek 28%-át, míg a kontroll betegeknek csupán 4%-át érintette. Ezzel szemben a fiatalabb beteg csoportnál gyakoribb volt a ritmuszavar a kórtörténetben (30% a fiatalabb betegeknek, 18% az idős betegek csoportjában). A kontroll csoportban több betegnél volt előzetes kardiális intervenció (PTCA, illetve szív műtét).

A műtét előtti diagnózisokat a 3. táblázatban foglaltuk össze. A 70 év fölötti betegek 66%-ban koszorúér betegség miatt, 24%-ban billentyűhiba miatt kerültek felvételre, míg a betegek 10%-ánál a koszorúér és billentyű betegség együttesen fordult elő. A kontroll betegcsoportnál a koronária betegek aránya 62%, a billentyűbetegek aránya 32%, a kombinált műtetre váró betegeké pedig 6% volt. Mint látható, a műtét előtti diagnózisok között nem volt jelentős különbség a két betegcsoport között.

	70 év feletti betegek	Kontroll csoport
Hipertónia	43 (86%)	35 (72%)
Diabetes mellitus	8 (16%)	5 (10%)
Instabil angina	18 (36%)	11 (22%)
Miokardiális infarktus	20 (40%)	13 (26%)
Csökkent vesefunkció	14 (28%)	2 (4%)
Ritmuszavar	9 (18%)	15 (30%)
Gyomorfekély	5 (10%)	7 (14%)
Előző PTCA	-	2 (4%)
Előző szív műtét	1 (2%)	3 (6%)

2. táblázat – A 70 év feletti (n=50) és fiatalabb (n=50) betegek kórelőzményi adatai

	70 év feletti betegek	Kontroll csoport
Koszorúér betegség	33 (66%)	31 (62%)
Billentyűhiba	12 (24%)	16 (32%)
Kombinált (bill. + coron.)	5 (10%)	3 (6%)

3. táblázat – A 70 év feletti és fiatalabb betegek műtét előtti diagnózisai

Vizsgálatok

Vizsgálataink során összehasonlítottuk a két betegcsoportnál végzett műtéti beavatkozásokat. Vizsgáltuk a szív műtétekre jellemző két legfontosabb időt, az aorta lefogási időt, és a perfúziós időt. Aorta lefogási idő alatt azt az időt értjük, mely alatt a szív teljes vértelenségét idézzük elő, perfúziós idő pedig az az időszak, mely alatt a beteg keringését szívmotorral helyettesítjük. A fenti két idővel jellemezzük a műtéti beavatkozás súlyosságát.

Műtétet követően a betegek altatva és lélegeztetve kerülnek ki az intenzív osztályra, ahol állandó felügyeletüket szakképzett ápolók fejlett monitorrendszer segítségével végzik. Mindkét betegcsoportnál megvizsgáltuk a lélegeztetési időt, ami alatt az intenzív osztályra érkezéstől a beteg extubálásáig eltelt időt értjük. Mindkét csoportnál feljegyeztünk minden lényegesebb komplikációt és szövődményt függetlenül attól, hogy csak átmenetiek voltak-e, vagy maradandó egészségkárosodáshoz vezettek. Végül összehasonlítottuk, hogy a 70 év feletti, illetve alatti betegek mennyi időt töltöttek az intenzív osztályon és összesen hány napig feküdtek a Szívsebészeti Klinikán.

Statisztikai módszerek

Kiszámítottuk a vizsgált számszerű adatok átlagát, és az adatok szórását is feltüntettük. Az eredmények összehasonlításánál a Student félé T-próbát használtuk, a szignifikancia szintjét 5%-nál határoztuk meg.

Eredmények

A betegeknél végzett műtéti beavatkozásokat a 4. táblázat mutatja. A műtétek többségét mindkét betegcsoportnál az izolált koszorúér műtétek tették ki. A műtétek soron készített bypassok átlagos száma a 70 év felett korcsoportban 3,4 graft/beteg, a fiatalabb betegcsoportnál 3,3 graft/beteg volt. A kontroll csoport betegei valamivel nagyobb számban kerültek izolált billentyű műtetre, mint az idősebb betegek, azonban az idős betegeknél nagyobb arányban fordult elő kombiált műtét. A kombinált műtéteknél felvarrt bypassok száma a 70 év fölöttiekénél 1,8 graft/beteg, a kontrollcsoportnál 3,0 graft/beteg volt. A perfúziós idő $109,6 \pm 9,8$ perc a 70 év fölötti korosztálynál és $102,2 \pm 33,6$ perc a kontroll csoportnál, az aorta lefogási idő pedig $73,8 \pm 23,1$ perc az időseknél és $69,7 \pm 27,5$ perc volt a fiatalabb csoportnál. A műtétet jellemző idők között nem volt szignifikáns különbség ($p=0,21$ a perfúziós időnél és $p=0,12$ az aorta lefogási időnél).

	70 év feletti betegek	Kontroll csoport
Koszorúér bypass	33	31
Mitralis billentyű műtét	2	6
Aorta billentyű műtét	5	6
Dupla billentyű műtét	5	4
Mitralis + koszorúér	2	2
Aorta + koszorúér	3	1

4. táblázat – A 70 év feletti és fiatalabb betegeken végzett műtéti beavatkozások

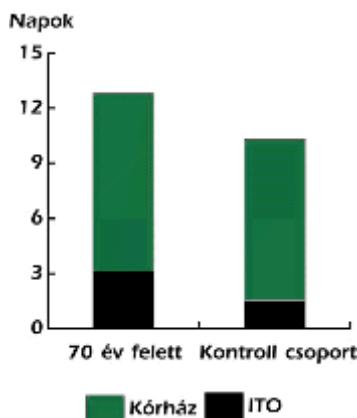
Lényeges különbség mutatkozott viszont a műtétet követő lélegeztetési időben: az idős betegek $12,2 \pm 4,0$ órán keresztül igényeltek gépi lélegeztetést, ugyanezen idő a kontroll csoportnál csak $7,9 \pm 3,2$ óra volt ($p<0,001$).

	70 év feletti betegek	Kontroll csoport
Ritmuszavar	31 (66%)	20 (41%)
Neurológiai szövődmény	13 (28%)	4 (8%)
Veseelégtelenség	9 (18%)	1 (2%)
Reoperáció	5 (11%)	2 (4%)
Sebfertőzés (felületes)	4 (9%)	5 (10%)
Gasztrointesztinális szöv.	1 (2%)	1 (2%)

5. táblázat – A 70 év feletti és fiatalabb betegeknél műtét után kialakult lényegesebb szövődmények

A 70 év fölötti betegek közül a kórházi kezelés során 3 beteg halt meg, míg a kontroll csoportból egy beteget veszítettünk el (6% illetve 2% korai mortalitás). A műtét után kialakult legfontosabb szövődményeket a 5. táblázatban foglaltuk össze. Mint látható az idős betegek nagyobb számban kerültek vérzés miatt reoperációra. Azt tapasztaltuk, hogy az idős betegek hajlamosabbak műtétet követően ritmuszavarok kialakulására. A leggyakrabban előforduló ritmuszavar a pitvarfibrilláció volt mindkét csoportban (45% az időseknél és 27% a fiatalabb csoportnál). Neurológiai szövődmények közül legsúlyosabb a 70 év fölötti betegek közül két esetben bekövetkezett perioperatív stroke volt. Tizenegy betegnél pedig átmeneti zavartságot tapasztaltunk, mely maradéktalanul gyógyult a kórházi kezelés ideje alatt. A kontroll csoportnál stroke nem fordult elő, de átmeneti zavartság 4 betegnél itt is kialakult. Az idős betegek között szintén gyakoribb volt a vesefunkciók átmeneti

romlása (serum kreatinin >200mmol/l), mint a fiatalabb betegek körében. A posztoperatív gastrointestinális szövődmények és sebfertőzések tekintetében lényeges különbséget nem találtunk a két betegcsoport között. Az 1. ábrán tüntettük fel a kórházi kezelés idejét és ezen belül az intenzív osztályon eltöltött idő alakulását. Az idős betegek $3,36 \pm 6,1$ napot töltöttek az intenzív osztályon, míg a kórházi kezelési idő $13,36 \pm 7,1$ nap volt. A kontroll csoport betegei mindössze $1,5 \pm 0,8$ napot töltöttek az intenzív osztályon, a kórházban pedig $10,43 \pm 2,2$ napig maradtak. Mind az intenzív osztályon eltöltött idő ($p=0,018$), mind a kórházban töltött idő ($p=0,003$) szignifikánsabban hosszabb volt a 70 év fölötti betegek esetében, mint a kontroll csoportnál.



1. ábra – A 70 év feletti betegek és kontroll csoport intenzív osztályos és kórházi kezelési ideje

Megbeszélés

Mint a bevezetésben említettük, az idős emberek aránya a lakosságban az elmúlt évtizedekben folyamatos növekedést mutatott. Az Amerikai Egyesült Államok Statisztikai Hivatala szerint 1990-ben mintegy 7 millió 80 évnél idősebb ember élt országukban, mely az amerikai lakosság 3%-ának felel meg. Ez a szám 2000-re a becslések szerint 14 millióra emelkedik, ami a lakosság közel 6%-át jelenti. A 80 év feletti amerikaiak 40%-a szenved valamilyen kardiovaszkuláris betegségben, 18%-uk pedig ISZB-ben. A kardiológia és a szívsebészet fejlődésével párhuzamosan egyre több 80 éven felüli beteg kerül kivizsgálásra és műtetre az Egyesült Államokban [12].

Magyarországon 1980-ban a 80 év feletti lakosság aránya a népességben 1,9% volt, ez 1998-ra 2,4%-ra emelkedett. Tekintettel arra, hogy a születéskor várható élettartam Magyarországon mintegy 7-8 évvel alacsonyabb, mint az Egyesült Államokban (férfiaknál 65 év, nőknél 72 év Magyarországon, ezzel szemben az USA-ban a férfiaknál 72 év, a nőknél 80 év), vizsgálataink során a 70 év feletti betegek adatait vettük figyelembe. Magyarországon a 70 és 80 év közötti korosztály az össznépesség 6,8%-át tette ki 1998-ban [7]. A Debreceni Szívsebészeti Klinikán a kilencvenes évek kezdetéig 70 év feletti betegek nagyon ritkán kerültek kardiológiai kivizsgálásra és szívműtetre, mivel kétségek merültek fel, hogy az idős szervezet képes-e tolerálni a szívűtétekhez elengedhetetlenül szükséges extracorporális keringést, valamint afelől, hogy a beavatkozás javítja-e az idős beteg életkilátásait. A szívsebészeti anesztézia, a perfúziós technika, és a sebészeti technika javulásával párhuzamosan azonban a szívűtétek veszélye évről évre kisebb lett (a mortalitás 1993-ban 4,8% volt, ami 1999-re 3,1%-ra csökkent).

A tapasztalatok növekedésével és az intenzív osztályos ellátás javulásával párhuzamosan az idős betegek gyógyulási esélyei is folyamatosan javultak. A műtéti mortalitás a vizsgált idős betegek csoportjában 6% volt. A három beteg közül egy koszorúér reoperációt követően kialakuló többszervi elégtelenségben halt meg műtétet követően 3. napon. A másik két betegnél a gyenge szöveti struktúra miatt aorta disszekció alakult ki. Ebből az egyik betegnél műtét közben kialakult szövődmény ellátása sikertelen volt, míg a másik beteg a műtét utáni 2. napon aorta ruptúra következtében exitált.

Jelentős különbséget találtunk a műtét előtti és utáni morbiditás alakulásában. Mint ahogy az 2. táblázatból kiderül a 70 év fölötti korosztálynál súlyosabb volt a műtét előtti kardiális állapot (több betegnél szerepelt miokardiális infarktus az anamnézisben, a betegek nagyobb számban kerültek instabil angina miatt műtetre), valamint többféle kísérő betegség együttes előfordulásával is számolnunk kellett, mint pl. veseelégtelenség, diabetes, hipertónia, stb. Ennek magyarázatául szolgálhat, hogy míg fiatal korban az operálható szívbetegségben szenvedő betegeknek elsősorban a műtéti megoldást javasolják, addig idősebb korban tekintettel a nagyobb műtéti rizikóra, először a gyógyszeres kezelést próbálják meg, majd ennek nyilvánvaló sikertelenségét követően a beteg késve, instabil állapotban kerül sürgős műtetre. Szintén a súlyosabb műtét előtti állapotra enged következtetni az idős betegeknek 10% gyakorisággal előforduló kombinált (billentyű és koszorúér) betegség. A műtéti beavatkozások súlyossága és időtartama között lényeges különbség nem volt a vizsgált és kontroll

csoport között. Jelentős különbséget találtunk azonban a műtétet követően az extubálásig eltelt idő vonatkozásában, annak ellenére, hogy az anesztéziai módszerek hasonlóak voltak mindkét csoportnál. A jelenség magyarázatául szolgálhat, hogy idős korban csökkent a máj és a vese működése, ezért lassúbb a szedatívumok és izomrelaxánsok lebontása, ami miatt a műtėti ébredés folyamata idős korban sokkal elhúzódóbb.

A műtét utáni morbiditás is jelentős eltérést mutatott: az összmorbiditás a 70 év fölötti betegeknél 78%, míg a kontroll csoportnál 46% volt. Leggyakoribb komplikáció mindkét csoportnál a ritmuszavarok kialakulása volt, ezek közül is legtöbbször a paroxizmális pitvarfibrilláció volt észlelhető. Ez a ritmuszavar szívűtét után a betegek 25-30%-ánál előfordul a műtétet követő első héten, az idős betegeknél azonban az előfordulás gyakorisága közel 50% volt. A ritmuszavar a gyógyszeres kezelés hatására csaknem minden esetben megszűnik, azonban a műtétet követő mobilizálást jelentősen lelassítja.

A következő leggyakoribb komplikáció mindkét csoportnál a vesefunkció átmeneti csökkenése volt. Az idős betegeknél már műtét előtt is nagyobb arányban fordult elő csökkent veseműködés, mint a kontroll csoportnál. A szívűtétnél alkalmazott szűvmotor készülék nem képes olyan minőségű vérűllatást biztosítani, mint a szűv. Az extracorporalis keringés hatására normál körűlmények között is csökken a vesén átáramló vér mennyisége és a glomeruláris filtráció. Ez az idős korban egyébként is beszűkűlt vesefunkciókat oly mértékben ronthatja, hogy műtét után veseelűgtelenség alakulhat ki, amint azt a 70 év fölötti betegeink 18%-ánál tapasztaltuk. Műtétet követően a keringés javulásával párhuzamosan 3-7 nap alatt a veseműködés az esetek többségében normalizálódik, a szívűtét végleges károsodást általában nem okoz.

Jelentős különbséget találtunk a két csoport között a neurológiai szűvűdmények gyakoriságában. A 70 év fölötti betegek közül két betegnél definitív neurológiai károsodás alakult ki, melynek hátterében mindkét esetben a műtét során kialakult agyi hipoperfűziót igazolt a CT vizsgálat. A további 11 betegnél a posztoperatív szakban átmeneti zavartság (agresszivitás, hallucinációk, téveseszmék, stb.) alakult ki. A kontroll csoportnál definitív károsodás nem volt, zavartság is mindössze 4 betegnél jelentkezett. Magyarázatul az idős korban súlyosabb agyi arterioszklerózis szolgál, melynek következtében az extracorporalis keringés során lokális keringési zavarok alakulhatnak ki az agy különbözű terűletein.

Az idős betegeknél nagyobb számban előforduló műtét utáni komplikációk miatt mind az intenzív osztályon eltűltött idő, mind a kórházi kezelés tartama jelentősen hosszabb volt, mint a kontroll csoportnál. A tartósabb kórházi kezelés és az elhűzódóbb műtét utáni lábadozás fokozott terheket ró a betegűllátásban résztvevű szakdolgozókra. A gyakoribb műtét utáni szűvűdmények gyógyszeres kezelése, valamint a nagyobb számban végzett diagnosztikus vizsgálatok (rtg, labor, stb.) következtében az idős betegek ellátása a klinika anyagi terheit is megnűveli. Távlatokban azonban a sikeres műtétet követően az idős betegek ugyanazon panaszok miatt nem fognak orvoshoz fordulni, illetve kórházba kerűlni, valamint a műtét után alkalmazott gyógyszerek mennyisége is csökken, ami az egészségűgy számára jelentűs költségmegtakarítást jelenthet.

A betegek számára mindezeknél sokkal fontosabb az életűk minőségében beállű változás. A hosszabb és szűvűdményekkel tarkított gyógyulási periódus ellenére az utánvizsgálatok azt mutatják, hogy az idős betegek 80-90%-ának az életminősége javul [1, 6]. A műtéten sikeresen átesett betegek életminőségei és életkilátásai nem rosszabbak, mint a korcsoportba tartozű többi embereké. A műtėti indikáció felállításánál azonban figyelembe kell venni a beteg biológiai életkorát, általános állapotát, kardiális státuszát, a fennállű kísérű betegségek súlyosságát, és ezek ismeretében gondosan kell mérlegelni a műtét veszűlyét, valamint a várható életminőség javulást. A döntés meghozásában aktívan részt kell venni a beteget kivizsgálű kardiológusnak, a szívűsebészeti anesztéziológusnak, a szívűsebésznek, valamint a megbeszélésbe be kell vonni a beteget és legközelebbi hozzátartozűit is. A jó fizikális és mentális állapotban levű súlyos szívűbeteg idűs embernél az életkor őnmagában nem lehet műtėti kontraindikáció.

Következtetések

1. Az idűskor nem lehet annak akadályá, hogy bármilyen beavatkozást végrehajtsanak a betegen, ha az segít az egészségű állapot további romlásának megakadályozásában, valamint az addig folytatott életminőség fenntartásában, még akkor sem, ha fokozott veszűlyekkel járű szívűűtétrűl van szű.
2. Az idűs betegek műtét utáni ébredése lényegesen elhűzódóbb, mint a fiatalabb betegek esetében. A tartósabb lélegeztetés miatt ezeknél a betegeknél fokozottan számolni kell a lélegeztetési szűvűdmények kialakulásának veszűlyével, valamint azzal, hogy ennek következtében megnűvekedhet az intenzív osztályos ápolási idő.
3. Az idűskorban végzett szívűűtétet követően a veseelűgtelenség kialakulásának nagyobb esélye van, mint a fiatalabb betegeknél. Mivel a kockázat nagyobb, ezért erre külön fel kell hívni a beteg figyelmét, valamint a beteget ellátű szakembereknek és magának az intézetnek is fel kell készűlni rá az esetleges többlet kiadások miatt, amit a veseelűgtelenség kezelése és a hosszabb ápolási időt eredményez.
4. Vizsgálati eredményeimbűl az is kiderűlt, hogy neurológiai szűvűdmények sokkal gyakrabban fordultak elő szívűűtétet követően az idűs betegek között, mint a kontroll csoportnál. Ebbűl következik, hogy az idűs betegek szorosabb megfigyelést, illetve pszichés vezetést igényelnek az osztályon eltűltött idűszakban is, míg a fiatalabb betegek tiszta tudatállapotban nagyobb őnállóságra képesek.
5. Az idűs betegeknél nagyobb műtét előtti morbiditás is figyelmeztetű jel lehet a műtétet végzű orvos számára,

mert ez nagymértékben befolyásolja a műtét utáni szövődmények kialakulásának lehetőségét. A megoldás az lehetne, hogy az idős betegek időben kerüljenek szakszerű kivizsgálásra, és a gyógyszeres támogatás mellett szükség esetén hamarabb kerüljön sor a megfelelő beavatkozás elvégzésére. Az időben felismert és kezelt probléma hosszú távon kedvezőbb életkilátásban nyilvánulhat meg.

6. Az idős korban elvégzett szívműtéteknél minden esetben figyelembe kell venni azt, hogy a gyógyulás (ami jelen vizsgálatunkban független a műtét típusától) elhúzódóbb, ezért számolni kell a hosszabb intenzív osztályos ápolási időszakokkal, valamint a kórházban eltöltött napok számának emelkedésével. Ez a betegápolást végző szakemberekre háruló többlet terhek mellett nem utolsó sorban a költségek növekedését is eredményezi. Mindemellett szem előtt kell tartani, hogy a minőségi ellátás biztosításához holisztikus szemléletmód kidolgozására, maximális empátiára és toleranciára van szükség az idős betegek ellátásában.

Irodalom

1. Atkins CW et al. (1997) Cardiac operations in patients 80 years and older. Ann Thorac Surg, 64, 606-615
2. Dr. Barna István. (1998). Tanuljunk meg együtt élni a magas vérnyomással. Nephrocentrum Alapítvány: Budapest, pp. 20-26
3. Dr. Bazsó Emma. (1987). Harmónikus öregkor. Időskori betegségek és gyógyítási lehetőségei. Medicina Kiadó: Budapest, pp. 37-46
4. Beregi Edit. (1981). Az öregedés orvosi problémái. Medicina Kiadó: Budapest, pp. 11-15
5. Dr. Csaba György. (1988). Orvosi biológia. Medicina Kiadó: Budapest, pp. 200-207
6. Deleuze P et al. (1990). Severe aortic stenosis in octogenarians: Is operation an acceptable alternative? Ann Thorac Surg, 50, 226-229
7. Egészségügyi és szociális statisztikai évkönyv 1996. Központi Statisztikai Hivatal, 1998.
8. Dr. Iván László. (1999). Az idősgondozás helyzete Európában. Nővér, 12, 9-14
9. Dr. Nagy Mária. (1986). Biológia. (Egészségügyi Főiskolai Tankönyv) Medicina Kiadó: Budapest, pp. 222-225
10. Petrányi Gyula. (1996). Belgyógyászat. (Tömör összefoglalás) Medicina Kiadó: Budapest, pp. 126-143
11. Siró Béla, Bódor Csilla. (1997). Gyakorlati geriátria. Springer Orvosi Kiadó Kft: Budapest, pp. 24-31
12. Statistical abstract of the United States 1994. Washington DC: US Government Printing Office, 1994.
13. Dr. Szabó Rezső. (1996). Geriátria, idősgyógyászat. Agapé Kft: Szeged, pp. 55-57

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Ápolás és eutanázia a katolikus egyház álláspontjának tükrében

Légrádiné Tamási Margit
diplomás ápoló hallgató

Simmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

A vizsgálat célja: Vizsgálatom arra a kérdésre kereste a választ, hogy hogyan vélekednek az emberek a halálról és az eutanáziáról akkor, amikor még egészségesek, és hogyan módosul ez a vélemény akkor, amikor már közel állnak a halálhoz.

Vizsgálati módszerek és minta: Kérdőíves módszerrel összesen hatvan 18 és 78 év közötti egészséges kérdeztem meg Óbudán és Újpesten. A haldokló betegek között két katolikus szellemiségű ápolási otthonban tervezett interjú az orvosok negatív hozzáállása miatt meghiúsult.

Eredmények: A megkérdezett katolikus hívek 65%-a egyetért az eutanáziával, az egyház álláspontjával ellentétben. Ezzel szemben csak 47% élne vele, ha gyógyíthatatlan beteg lenne.

Következtetések: A hívek nem értik vagy nem ismerik egészen az egyház állásfoglalását. Az egyházak még mindig egységes folyamatként kezelik a halált, a tudomány pedig szakaszaira bontja azt.

A katolikus egyház véleménye az eutanáziáról

A katolikus egyház elutasítja az eutanázia minden formáját, de hangsúlyozza az emberhez méltó életet, s ennek érdekében nem erőlteti az élet minden áron való meghosszabbítását. Az eutanázia kérdésében Isten akaratának

érvényesülését tartja szem előtt. Az egyház állásfoglalásai gyakran nem egyértelműek, hiszen a kettős hatás elvére hivatkozva az olyan dózisú fájdalomcsillapító adását is elfogadja, amely esetleg a beteg légzését leállítja. Ekkor pedig már közel került az aktív eutanázia elismeréséhez.

“Az egyházi tanításban az aktív és passzív eutanázia közötti különbség nem kap szerepet, az erkölcsileg döntő tényező a szándékban rejlik. A keresztény meggyőződés lényege, hogy a haldokló ember méltóságának és a jó halál biztosításához nincs szükség a szenvedés minden áron történő elkerülésére, sem az élet feltétel nélküli meghosszabbítására. A “jó halál” keresztény értelemben a haldokló emberi méltóságának feltétlen biztosítását jelenti. Tehát a beteg kényelmét biztosító kezelés akkor is folytatható, ha az esetleg a beteg életét is megrövidíti. Az aktív és passzív eutanázia közötti különbségtételt azért hanyagolja el, hogy a cselekvő szándéka ne szoruljon háttérbe. Azt is szem előtt kell tartani, hogy a passzív eutanázia elvben nem ütközik a zsidó és keresztény valláshagyományokkal. [Gaizler, 1997] Gaizler, 1997]

A passzív eutanázia kérdésében XII. Pius pápa gondolataira hivatkozom, aki úgy gondolta, hogy abban az esetben, amikor már gyógyítani nem tudunk, kötelességünk a fájdalmak enyhítése, de heroikus beavatkozásokat nem kell végeznünk az élet meghosszabbítása céljából. A technikai eszközök alkalmazása akkor indokolt, amikor ismét méltóságteljes életet tudunk biztosítani. A beteg méltóságát mindenek előtt tisztában kell tartanunk “mint Isten képének hasonlóságát.” [Blasszauer, 1997] Dolgozatom elkészítéséhez egy katolikus pap segítségét kértem, s a beszélgetésünk alapján írtam meg munkámat. Több katolikus pappal azért nem beszéltem, mert úgy gondoltam, hogy az ő véleménye reprezentálja az egyház véleményét.

Akiknek az élete megfogyatkozott, különös tiszteletre szorulnak, és támogatni kell őket, hogy a lehetőségekhez képest teljes életet éljenek. Az eutanázia lényege az, hogy a haldoklók életének véget vessenek, ami erkölcsileg elfogadhatatlan. Szintén gyilkosságnak számít minden olyan mulasztás és cselekedet, amely önmagától vagy szándékosan halált okoz azért, hogy megszüntesse a fájdalmat. Indokolt azonban a veszélyes vagy a várt eredményekhez képest aránytalan orvosi beavatkozások abbahagyása. Ekkor az ember nem a halált idézi elő, csak elfogadja azt, hogy nem tud ellene mit tenni. E döntést a betegnek vagy a törvényes képviselőnek kell meghozni. Viszont nem zárja ki a fájdalomcsillapítók alkalmazását a szenvedés csökkentése érdekében, még akkor sem, ha az a beteg életét megrövidíti. A tüneti gyógyítás az önzetlen szeretet kiváltságos formája.

Az egyház véleménye a szenvedésről

Az egyháznak a szenvedésről is sajátos véleménye van: A Szentírás szerint a szenvedés az ösbűn következménye, de az Újszövetség nem csak a szenvedés és a bűn, hanem bűnbocsánat és gyógyulás közötti kapcsolatról is beszél. Amikor Jézus meggyógyítja a bénát, s ezt mondja a farizeusoknak: “Mi könnyebb, ezt mondani: Bűneid bocsánatot nyertek? Vagy Kelj fel és járj!” Ezzel a keresztény életszemléletben a szenvedés és a bűntől való megszabadulás igyekezete összekapcsolódik. A türelmesen elfogadott szenvedés és a halál az örök élet elérésének eszköze. A pápa is azt tanította, hogy az öntudatlan állapotban lévő beteg életét csak addig kell mesterséges eszközökkel támogatni, amíg ez az igyekezet nem akadályozza meg a magasabb rendű lelki értékek megvalósítását. Az élet védelmének tehát határai vannak. [Gaizler, 1997] Az emberi élettel Isten rendelkezik a fogantatástól a halálig. Az ember sem a saját, sem a másik életét nem olthatja ki, meg nem rövidítheti. Tehát a gyógyíthatatlan betegséget nem szüntetheti meg aktív eutanáziával. A szenvedés ugyanis az embert életének igazi céljához, az üdvösséghez vezeti. A szenvedés királyi út a mennyek országa felé, s ezzel Jézus példáját követi. “A szenvedésben tanulta meg, mi az engedelmesség.” Zsidókhoz írt levél [Szent Pál levele a zsidókhoz]. A szenvedéssel az ember közeledik Istenhez, s ezzel kiengesztelheti őt saját bűneiért. Szünetével “kiegészíti azt, ami még hiányzik Jézus Krisztus keresztjéből.” [Szent Pál levele a zsidókhoz] A szenvedéssel az ember kifejezi azt a magatartást, hogy ha elfogadtam Isten kezéből az egészséget, el kell fogadnom a betegséget és vele együtt a fájdalmat is.

A teológia álláspontja

A mai teológia úgy látja, hogy a test és a lélek szétválasztásának hagyományos sémája, ami évszázadokon át jellemezte a halál és a halhatatlanság elképzelését, nem elegendő magyarázat. Az egész ember megtestesült lélek és átlelkesített test. Az egészet érinti a halál. A halhatatlanság, mint legnagyobb ígéret, elválaszthatatlanul hozzátartozik az emberi léthez. Ez nem az ember tulajdonsága, hanem Isten adománya.

Az egyházi tanítás

Az egyházi tanításban az aktív és passzív eutanázia közötti különbség nem kap szerepet, az erkölcsileg döntő tényező a szándékban rejlik. A keresztény meggyőződés lényege, hogy a haldokló ember méltóságának és a jó halálnak a biztosításához nincs szükség a szenvedés minden áron történő elkerülésére, sem az élet feltétel nélküli meghosszabbítására. A “jó halál” keresztény értelemben a haldokló emberi méltóságának feltétlen biztosítását jelenti. Tehát a beteg kényelmét biztosító kezelés akkor is folytatható, ha az esetleg a beteg életét is megrövidíti. Az aktív és passzív eutanázia közötti különbségtételt azért hanyagolja el, hogy a cselekvő szándéka ne szoruljon háttérbe. Azt is szem előtt kell tartanunk, hogy a passzív eutanázia elvben nem ütközik a zsidó és keresztény valláshagyományokkal.

Az ápolói munka és az eutanázia

Próbáltam az ápolói munka és az eutanázia között gyakorlati összefüggést keresni és így találkoztam azzal az etikai vitával, amely a 70-es évek óta újra és újra feléled a passzív eutanáziával összefüggésben, mégpedig, hogy a kezelés visszautasítása illetve a kezelésről való lemondás lehetősége vonatkozhat-e a folyadékkal és táplálékkal való ellátásra is.

Az egészség védelmében a betegnek és az orvosnak csak azokat az eszközöket kell felhasználnia, amelynek a terhei, veszélyei kedvező arányban vannak a várt eredménnyel, így nem csak a kezelés hatásosságát, hanem a beteg állapotát, fizikai, érzelmi, erkölcsi erőtartalmait is figyelembe kell venni.

A jogszabályok is megkövetelik a beteg kívánságától függetlenül a közvetlen életveszély elhárítását. Az, hogy ezeknek az orvostechikai eszközöknek a felhasználásával a halál körülményeit befolyásoljuk, illetve meghatározhatjuk, egyre több dilemma elé állít minket. A döntés azok esetében a legnehezebb, akik valami oknál fogva öntudatukat elvesztik, vegetatív állapotba kerülnek.

A mesterséges táplálás kérdése

A mesterséges táplálás elkezdése illetve abbahagyása is különösen vitatott téma az eutanázia kérdéskörében. Az éhezőnek adott étel, ital, és a haldokló felé fordított emberi figyelem a szeretet és az egymás iránti felelősségünk megnyilvánulási formái. Ezek fontosságát minden vallás hangsúlyozza. Ezek a betegek nem a szó szoros értelmében haldokolnak, hiszen vegetatív idegrendszerük esetleg működik, de tudatos cselekvésre képtelenek. Ők megfelelő ápolással hosszabb-rövidebb időre életben tarthatók. Ilyenkor a táplálék és folyadék bevitel gastrostomán és naso-gastrikus szondán át történhet. Végérvényesen öntudatlan állapotban lévő beteg estében ezek a módszerek erkölcsileg nem egyértelműek.

Egyik vélemény szerint ezen eszközök nem alkalmazása nem más mint eutanázia, hiszen a táplálkozás az életfenntartás fontos eleme, s míg a kezelések abbahagyása megengedhető az elviselhetetlen terhek miatt, a táplálék és folyadék megszüntetése nem megengedhető, mert ez halált okoz, s ez eutanázia.

Az ellenvélemény szerint a mesterséges táplálás nem tekinthető egyértelműen az életfenntartás szokásos eszközei egyikének. A nyelésre képtelen személy is a halál közelében áll, és ezen a mesterséges táplálás sem tud változtatni, ez az igyekezet "az élet bizonytalan és terhes meghosszabbításán kívül mást nem tud biztosítani." Ezért annak használatát nem lehet erkölcsileg kötelezővé tenni. Vagyis a mesterséges táplálás beszüntetésével nem halált okozunk, hanem annak bekövetkezését fogadjuk el. [Gaizler, 1997]

Bár az orvosok sok országban hajlandóak a "nem újraélesztési" utasítás kiadására, és hajlandóak a reménytelen betegek kezelését korlátozni, a folyadék és táplálék visszatartásával kapcsolatos viták nem csillapulnak. Ennek oka, hogy alapvető különbséget tesznek a kezelés és a gondozás között. Az egészségügyben inkább hajlandóak arra, hogy a kezelést indokolt esetben beszüntessék, de érzelmileg nem készültek fel arra, hogy a gondozást is beszüntessék. A gondozás sokkal inkább egy emberséges, semmint egy szakmai hozzáállást szimbolizál. Minden ember gondoz, de csak kevesen kezelnek. A gondozás nem egyetlen formában végbemenő tevékenység. Különböző módokon és időpontokban gondozzuk az embereket, és ez a kezeléstől nem mindig válik el: Ha beteg képes meggyógyulni vagy az élete meghosszabbítható és kívánja is ezt, akkor szakszerű technikai intervencióval gondoskodunk róla úgy, hogy a lehető legemberségesebben alkalmazzuk a szakmai képességünket.

Ha a beteg nem kívánja a további gyógyítását vagy az élete meghosszabbítását, akkor úgy gondoskodunk róla, hogy megbizonyosodunk arról, hogy a kívánsága valóban az övé és végül úgy, hogy megértjük őt.

Gondoskodunk az emberekről függetlenül az állapotuktól, ha biztosítjuk a kellemes közérzetüket, azaz, ha képesek a jótékony vagy káros hatások érzékelésére, azaz elsődleges erkölcsi értékük van. (Az elsődleges erkölcsi érték egy olyan lény sajátja, aki képes annak tudatában lenni, hogy kedvező vagy káros hatás érte. Más szavakkal, egy olyan létezőről van szó, amely képes arra, hogy érdeke legyen, vagy legalább képes arra, hogy szenvedjen. A képesség legalább a szenvedésre szükséges feltétele az elsődleges erkölcsi értéknek, legyen ez aktuális vagy potenciális képesség.)

Időnként gondoskodunk olyan személyekről, akik nem képesek a jótékony vagy káros hatások érzékelésére, de a gondozás jótékony hatással van azokra, akik számára a gondozott személy értékes. (pl. a beteg elveszítheti az elsődleges erkölcsi értékét, de megőrizheti a másodlagos és szimbolikus értékét, és ezért marad kötelességünk a gondozása.

Amikor gondoskodunk a beteg fizikai szükségleteiről, akkor alapvetően lényegeset teszünk, még akkor is, ha ő ezt már nem érzékeli. A beteg családjának tisztelete követeli meg ezt a gondozást. Szimbolikus és esztétikai értékek követelik meg, hogy az emberi forma ne hanyagoltassék el és ne váljon botrányossá. Mindezeket túl talán önmagunk tisztelete is megköveteli ezt a gondozást, nem engedhetjük meg magunknak azt az embertelenséget, hogy tiszteletlenül bánjunk önmagunk szimbolikus reprezentációjával. A táplálék és folyadék lényeges az élet szempontjából. Ha egy beteg kellemesebben érzi magát egy ilyen természetű gondoskodás következtében, illetve kellemetlenül annak hiányában, akkor nincs kétség afelől, hogy a táplálék és folyadék biztosítása számára erkölcsi kötelesség. Ha a beteg öntudatlan, és nem jár számára kellemes következményekkel az említett gondoskodás, akkor a helyzet nem ilyen egyszerű. Sokan ez esetben is etikailag szükségesnek tartják

e gondoskodást, mert úgy érzik, hogy a táplálék és folyadék biztosítása alapvető emberiesség. Mások attól félnek, hogy ha hagyjuk, hogy az egészségügyi személyzet visszatartsa az ételmet és a folyadékot, akkor ennek társadalmat bomlasztó hatása lesz.

Az is jelentősen befolyásolja állásfoglalásunkat, hogy hogyan tesszük fel a kérdést. Ha úgy látjuk, hogy a nasogastricus vagy gastroenterális szondán keresztül történő táplálás az élet alapvető fenntartását jelenti, akkor ennek “megtagadása” a kérdés. De kérdezhetünk úgy is, hogy vajon “erőltsük-e” az ilyen módon való ellátást. Valójában senki nem javasolta a folyadék vagy táplálék megtagadását. Amit vita tárgyává tettek, az az volt, hogy helyes-e erőszakos, mesterséges módszerekkel tartósan öntudatlan vagy terminális állapotban lévő betegek folyadékkal és étellel való ellátása, különösen pedig akkor, hogyha ez a beteg kifejezett korábbi kívánsága ellenére történik. Továbbá vannak ún. “nem hedonikus” betegek, akik csak szenvedést képesek érzékelni és semmi kellemeset már nem, az ő szenvedéseiket meghosszabbítja a szóban forgó gondoskodás. Lehet-e eredménye a gondoskodásnak a pusztán szenvedés-meghosszabbítás? Azonban, ha etikailag lehetségesnek is tartjuk a folyadék és étel ellátással való gondoskodás beszüntetését, ez messze nem jelenti azt, hogy meg is kell ezt tenni, éppen a korábban említett másodlagos erkölcsi értékre való tekintettel nem tesszük ezt.

A vizsgálat célja

Célom annak feltárása volt, hogy miként vélekednek az emberek az eutanáziáról akkor, amikor még egészségesek, és hogy hogyan módosul véleményük akkor, amikor már közel állnak a halálhoz, továbbá annak vizsgálata, hogy a katolikus hívek mennyiben értenek egyet az egyház véleményével.

Vizsgálati módszerek és minta

Részben kérdőíves módszert, részben interjút alkalmaztam. Kérdőívvel 60 embert kérdeztem meg (ez a minta természetesen nem reprezentatív), a felmérést Óbudán és Újpesten végeztem 19 és 78 év közöttiek körében. Az interjúkat két katolikus szellemiségű ápolási otthonban terveztem elkészíteni, ez azonban nem sikerült, mert a doktornők nem bizonyultak segítőkészeknek. Az interjút csak velük tudtam elkészíteni.

Eredmények

A kérdőívek feldolgozásának eredménye szerint (1. ábra) az egyház állásfoglalásával ellentétben a hívek 65%-a egyetért az eutanázia valamely formájával. Ezt tovább vizsgálva azt az eredményt kaptam (2. ábra), hogy a megkérdezettek 36%-a az aktív, 20%-a a passzív, 13%-a az eutanázia mindkét formájával egyetértett. Amikor azonban az volt a kérdés, hogy ők élnének-e az eutanázia lehetőségével, ha gyógyíthatatlan betegek lennének akkor 47%-ra nőtt az elutasítók száma (3. ábra)

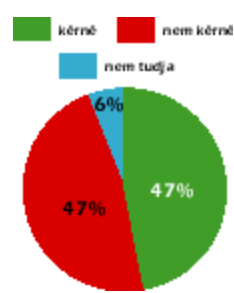
Az interjú során betegekkel nem tudtam beszélgetni, csupán a doktornők véleményét tudtam meg. Elmondásuk szerint az eutanázia minden formáját elutasítják, az egyház álláspontjának megfelelően. Náluk a haldokló vagy szenvedő betegek még nem fordultak hozzájuk olyan jellegű kérésekkel, hogy szenvedésük miatt életüket valamilyen módon megrövidítsék. Így hipotézisemre nem kaptam választ.



1. ábra – A hitüket gyakorló katolikusok közül (n=60) az eutanáziával



2. ábra – Vélemény az eutanáziáról



3. ábra – Élne-e az eutanázia lehetőségével

Következtetések

Különböző jellemzőkkel bíró, de a halálhoz nem közel álló budapesti emberek véleményét vizsgálva arra a következtetésre jutottam, hogy nem ismerik behatóan a katolikus egyház álláspontját az eutanáziáról és a probléma sem foglalkoztatja őket különösebben. Ettől eltérően a halálhoz közel álló emberek véleménye sokkal fontosabb, de ezt sajnos nem sikerült megtudni.

Végző következtetésként azt vonhatjuk le, hogy az egyházak még mindig egységes folyamatként kezelik a halált, míg a tudomány szakaszaira bontja, és így új etikai normák felállítása válik szükségessé.

Irodalom

1. Biblia. Zsidókhöz írt levél. Szent Pál apostol levele
2. Blasszauer Béla (1997). Eutanázia. Medicina kiadó: Budapest, 114-115
3. Gaizler Gyula (1997). Szegedi Hittudományi főiskola Bioetika jegyzet III. XV., XII., XIII. fejezet

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Mégis, kinek az élete?

Adalékok az eutanázia és az orvos által segített öngyilkosság kérdésköréhez

Egy Észak-Amerikában végzett felmérés szerint az esetek többségében a betegek fájdalmak közepette halnak meg, a kezelésükre vonatkozó kívánságaik figyelmen kívül hagyásával, miután legalább 10 napot eltöltöttek egy intenzív ellátó osztályon. Nem túlzás tehát azt állítani, hogy ezek a betegek rossz halált halnak. Az eutanázia szó a görög eu = jó és thanatos = halál szavak összetétele. A fogalom jelentése: az élet szándékos befejezése valaki más által annak a személynek a kérésére, aki meghal. Az eutanázia fogalom tehát magában foglalja azt, hogy a meghalni akaró személy kezdeményezi. Egyesek azonban a fogalomba beleértik az életnek mind a szándékos, mind a nem szándékos befejezését. Fontosnak látszik tehát tisztán látni néhány fogalom jelentését.

Passzív eutanázia: egy személy halálának siettetése a támogatás bizonyos formájának megváltoztatásával és hagyva, hogy a dolgok a természetes úton bekövetkezzenek. Ilyenek például: az életfenntartó berendezések (lélegeztetőgép) lekapcsolása; orvosi beavatkozások, gyógyszerelés abbahagyása; étel-ital adásának beszüntetése, minek következtében a beteg kiszárad vagy éhen hal; nem újraélesztési, ezáltal hagyni, hogy a leállt szívé beteg meghaljon. A passzív eutanázia talán leggyakoribb formája az, amikor a betegnek nagy dózisban adnak morfiumot a fájdalom enyhítésére annak ellenére, hogy a fájdalomcsillapító valószínűleg rontja a légzést, és korábban bekövetkezik a halál, mint a morfium beadása nélkül. Ilyen dózisú fájdalomcsillapítók kettős hatással bírnak: csillapítják a fájdalmat és siettetik a halált. E gyógyszerek beadását a jogrendszerek és orvosi társaságok többsége etikusnak tekinti. Ezeket a beavatkozásokat végstádiumú, szenvedő személyeken végzik el, akiknél ezek következtében hamarabb bekövetkezik a természetes halál. Ugyancsak végezhetik e beavatkozásokat olyan személyeken, akik perzisztáló vegetatív állapotban vannak, tehát masszív agykárosodást szenvedtek, olyan kómában vannak, amelyből valószínűleg nem térnek már magukhoz.

Aktív eutanázia: ez egy személy halálának az okozását jelenti szándékolt cselekvés által, az érintett személy kérésének eleget téve. (ilyen tett volt pl. az, amikor Dr. Jack Kevorkian amerikai orvos egy betegének életét – annak kérésére – injekció beadásával elvette, mert a beteg szeretett volna gyorsan és fájdalom mentesen eltávozni e világból, tartván attól, hogy egyre súlyosbodó betegsége [Lou Gehrig-betegség] szörnyű halált fog számára hozni. Az orvost a bíróság gyilkosságért elítélte.)

Orvos által segített öngyilkosság: az orvos információkat és/vagy eszközöket biztosít az öngyilkosság elkövetéséhez (pl. felírja altatók halálos dózisát), hogy az érintett személy elvehesse saját életét. Ebben esetben ugyancsak használatos a “szándékos passzív eutanázia” (VPE – voluntary passive euthanasia) [érdeességképpen: az angol szakirodalomban egy szerző javasolja a fent említett Kevorkian doktor nevéből képzett “to kevork”, azaz kevorkolni ige használatát erre a fogalomra. Talán nem is alaptalanul, hiszen ez az orvos több száz betegét segítette át a másvilágra, eredetileg úgy, hogy rákapcsolta őket egy berendezésre, amely gyógyszert adagolt nekik, de csak akkor, ha a beteg egy gomb nyomásával beindította a folyamatot. Később már szénmonoxidot és egy maszkot adott betegeinek.]

Nem önkéntes eutanázia: ezt a fogalmat egyesek annak a jelölésére használják, amikor egy olyan személyt ölnek meg, aki nem kért kifejezetten segítséget a meghaláshoz. Ez leggyakrabban a perzisztens vegetatív állapotban lévő betegeknél fordul elő, akik feltehetőleg már nem fogják öntudatukat visszanyerni.

Miért merül fel az eutanázia kérdése?

Az emberek számos ok miatt akarhatják saját maguk befejezni életüket. Vannak, akik súlyos depresszióban szenvednek, számukra az öngyilkosság végleges megoldás egy átmeneti problémára. Ebben az esetben azonban

van lehetőség a kezelésre és az élhető élet megteremtésére. Másokat szinte elviselhetetlen, krónikus fájdalom gyötör, amelyre nem kapnak megfelelő kezelést vagy az anyagi lehetőségeik hiányában, vagy orvosaik ismerethiánya, nem megfelelő képzettsége vagy nézetei miatt. Ezekben az esetekben egyértelmű, hogy a fájdalom megfelelő menedzselése a választandó út. Sokan gyógyíthatatlan betegség végstádiumában vannak, nem akarják vagyoniukat a drága orvosi kezelése költségeivel is csökkenteni, inkább hamarabb elmennek és többet hagynak örököseikre. Megint mások olyan betegségben szenvednek, amely életük minőségét súlyosan rontja, függetlenségüket elveszítik és állandóan mások gondoskodására szorulnak. Ezt ők a személyes méltóságuk elfogadhatatlan elvesztéseként élik meg. Szeretnék, ha teljesen kézben tudnák tartani a folyamatot, és az öngyilkosságot mint egy lehetséges választási lehetőséget tartják számon. Az öngyilkosságot elkövetni szándékozók közül sokan azonban nem képesek maguk elkövetni ezt a tettet, ehhez orvosuk segítségét igénylik. Az orvos által segített öngyilkosság szigorú korlátozásokkal engedélyezett Oregon szövetségi államban és Hollandiában. Oregon állam egyéves tapasztalatai azt mutatták, hogy viszonylag kevesen kértek segítséget a meghaláshoz. Néhányukat talán orvosuk ellenállása térített el ettől a szándéktól. Mindösszesen 23 beteg kapta meg a halálhoz szükséges gyógyszeradagot, de közülük legalább 6 nem használta azt fel, hanem természetes halállal hunyt el.

Az eutanáziával kapcsolatban felmerülő **alapkérdés** a következő: a terminális állapotú beteg, aki úgy érzi, hogy életét már nem érdemes folytatnia az elviselhetetlen fájdalom és/vagy a méltósága elvesztése, és/vagy a beszámíthatósága elvesztése miatt, és aki ismételt és aktívan kér segítséget az öngyilkosság elvégzéséhez, és aki beszámítható állapotban van és nem szenved depresszióban, kaphat-e segítséget a meghaláshoz?

Hollandia a világ egyetlen országa, ahol nyíltan végezhető eutanázia. Az orvosnak be kell tartania bizonyos irányelveket, amelyek a kérés önkéntességén és a szenvedés enyhíthetetlenségén alapulnak. Nem feltétel, hogy a beteg legyen terminális állapotban vagy hogy a szenvedése testi szenvedés legyen! A holland értelmezés szerint az eutanázia az élet elvételét jelenti az orvos által, a beteg kifejezett kérésére. Az orvoshoz intézett kérésnek kényszerítéstől mentesnek (önkéntesnek), egyértelműnek és gondosan megfontoltnak kell lennie, és többször kifejezésre kell juttatni. Ezen túlmenően feltétel, hogy a beteg szenvedése elviselhetetlen legyen és nincsen semmilyen remény a javulásra. Az orvos által beadott fájdalomcsillapító megrövidítheti a beteg életét, ezt azonban szokásos orvosi döntésnek ítélik meg a terminális beteg ellátásában és nem eutanáziának. Hollandiában a gyakorlat szerint az orvos először bead egy injekciót a betegnek, amittől az komatózus állapotba kerül, majd egy második injekcióval megállítja a szívműködést. A hivatalos irányelvek arra biztatják az orvost, hogy ha kivitelezhető, hagyja, hogy a beteg maga vegye be a halálos dózist, felügyelet mellett.

A hollandok azzal érvelnek, hogy náluk rendkívül magas az orvosi ellátás színvonala, igen fejlett a palliatív ellátás, minden kórház mellett működik egy fájdalomklinika és palliatív ellátó központ (más országokban a hospice-ellátás még igen gyermekcipőben jár), és a holland beteg kapcsolata orvosával a szilárd bizalom talaján áll, amit az alapoz meg, hogy a német megszállás alatt holland orvosok inkább vállalták a koncentrációs tábor, de nem adták ki betegeik nevét; mindamellett a holland beteg hosszú évek óta és igen jól ismeri orvosát.

(Internetes források alapján összeállította:
Dr. Fedineczné Vittay Katalin)

[Vissza
a tartalomhoz](#)

A kiégés szindróma vizsgálata a Vas Megyei Markusovszky Kórház ápolói körében

Némethné Németh Edit

*diplomás ápoló, egészségfejlesztő mentálhigiénikus, hospice koordinátor
(Szombathelyi Hospice Alapítvány)*

(A közlemény a Vas megyei Markusovszky Kórház tudományos ülésén 2000. november 9-én elhangzott előadásnak a NŐVÉR szerkesztője által szerkesztett és rövidített változata.)

A kiégés eredetileg szociálpszichológiai fogalom: az egyén és a környezet közötti kölcsönhatásokra koncentrál. Környezet alatt konkrétan a munkahelyet értik a kutatók, és a foglalkozással együtt járó stresszre adott válasznak tartják ezt a szindrómát. A kiégés **etiológiájában** főszerepet játszó munkahelyi stressz fő forrása alapján két jellegzetes csoportot találunk. Egyik esetben a hajszolt munkatempó, a túlterheltség következménye a kiégés, a másik esetben pedig a munkával való elégedetlenség miatt alakulhat ki ez az állapot. A kiégés **kialakulása** lassú

folyamat, amely a kezdeti enyhe stádiumoktól az életet is veszélyeztető totális kiégettségig terjed. Az egyik legelterjedtebb szakaszmodellt Edelwich és Brodsky alkotta meg, szerintük **öt fontos stádium** jelenik meg: 1. Az első a lelkesedés, nagy reményekkel, energiával, irreális elvárásokkal jellemezhető fázis, amely magában hordozza a betegekkel való túlazonosulás veszélyét. 2. A következő szakasz a stagnálás, a realitásokkal való szembesülés. Az egyén még mindig végzi a dolgát, de már a hangsúly a saját személyes igényeinek kielégítésére esik. 3. A harmadik stádium a frusztráltságé, megkérdőjeleződik a hivatás értéke, saját hatékonysága, érzelmi, viselkedésbeli problémák jelentkezhetnek. 4. Az utolsó előtti szakasz az apátia. Jellegzetes viselkedésről van szó, akkor jelentkezik, amikor az egyén krónikusan frusztrált munkájával kapcsolatban. 5. Végezetül már kerüli a kihívásokat, csak a legszükségesebb időt tölti munkahelyén. Az intervencióhoz minden olyan beavatkozás sorolható, ami megtöri a kialakult ciklust annak bármely szakaszán, akár individuális, akár intézményi szinten. A kiégés kiteljesedett állapotában fizikai, pszichés és magatartásbeli tünetekről számolnak be az érintett személyek. Energiahiány, gyengeség, levertség, krónikus fáradtság, kimerültség és alvászavarok, pszichoszomatikus zavarok alakulnak ki a krónikus stressz miatt. A kiégés vitális instabilitással jár, amit lehangoltság, reménytelenség, aggodás jellemez, öngyilkosságra való készítés előtti állapotnak tartják. A fizikai és pszichés tünetekből közvetlenül levezethető a gyakori és kontrollálatlan agresszió és dühkitörés, elhatalmasodó cinizmus, közömbösség.

Módszer

Kérdőíves felmérést végeztem a Vas Megyei Markusovszky Kórház 9 osztályának ápolói körében. A kiadott 100 kérdőívből 61 került feldolgozásra. A kérdőív elején található 7 kérdés általános adatokra és a kiégés szempontjából lényeges háttérváltozókra vonatkozott. A társadalmi klímát, a munka szervezését és irányítását vizsgáló kérdésekre három állítás közül választhattak a megkérdezettek: nagyon jellemző, kevésbé ill. nem jellemző. A legutolsó nyitott kérdéssel az ápolók javaslatait vártam a kiégés megelőzésével kapcsolatban. A kiégés mérésére szolgáló teszt 21 állítást tartalmazott. A válaszadókat arra is megkértem, hogy rangsorolják az 5 legfontosabb stresszt kiváltó tényezőt is.

Eredmények

A válaszadó ápolók 44%-a vallotta magát kifáradtnak, kiégési szindrómában szenvedőnek. Legérzékenyebbek a pályakezdők voltak, akiknél a felfokozott elvárások, a realitással való szembesülés, valamint a gyakorlati tapasztalat hiánya miatti átmeneti sokk hatására alakult ki a kiégés. A pályakezdők 12%-át már a kiégettek között találtuk.

A válaszadók jónak tartották az egymás közötti kommunikációt. Kevésbé volt jellemző a feladatok egyenlő terhelés szerinti elosztása, nagyfokú szabadság munkájuk megtervezésében. Nem működtek kielégítően a munkahelyi értekezletek, nem volt megfelelő a tájékoztatás. Célokról, feladatokról az ápolók gyakran csak utólag értesültek, ami a kiégés kialakulásában meghatározó tényező lehet. A közösséghez való tartozás érzetének egyik feltétele a tájékozottság, a közösséghez való tartozás ugyanakkor a kiégés ellen ható tényező.

A stresszt előidéző tényezők közül első helyre az ápolástól jelentős időt elvonó adminisztratív tevékenység (dokumentációk vezetése) került. Második helyen említették az otthonért, a családjáért, a gyermekekért érzett felelősség és a munkahelyi követelmények kombinálódását. Harmadik helyre a hiányos eszközök, rendelkezésre nem álló anyagok kerültek. Több sürgősségi helyzet azonos időben történő halmozódása volt a negyedik legfontosabb stressz-tényező, míg az ötödik helyen a halállal való mindennapos szembesülést említették.

A kiégés egyes osztályokon gyakrabban jelentkezett. Különösen magas volt az intenzív osztály dolgozóinak kiégés terheltsége. Esetükben a legjelentősebb öt stresszt kiváltó tényező közül a halállal való mindennapos szembesülés állt az első helyen, majd a sürgősségi helyzetek halmozódása, a hibátlan munkavégzésre ösztönző hatalmas külső és belső nyomás, a kevés sikerélmény, és végül a családjáért érzett felelősség és a munkahelyi követelmények kombinálódása következett.

A vizsgálatban a legerősebb kapcsolatot a kiégés szindrómával az otthonért, a családjáért, a gyermekekért érzett felelősség, és a munkahelyi követelmények kombinálódásából származó stressz jelentette. A kifáradtak 25%-ánál szerepelt ez az ok az első és második helyen. A nővér-beteg kapcsolat megfelelt az anya-gyermek viszonyoknak. Jellemzően nehéz megszabni azt a határt, ahol a gondoskodás már érzelmi kifáradáshoz vezet. A "jó anyától" nem csak családja, de a betegek is elvárják, hogy állandóan többlet nyújtson. Ez az állandó elvárás azonban konfliktust teremt, érzelmi elfáradáshoz, kiégés szindrómához vezet el.

A magukat kifejezetten elfáradtnak vallók között már mindenki gondolt a pályaelhagyásra. A legfőbb ok a pályaelhagyás tekintetében az anyagi problémák jelenléte. Az előzőekben említett szerepkonfliktus okozta stressz kialakulásában az anyagi gondoknak is szerepük lehet.

A válaszadók kiégés megelőzésére tett javaslatainak összegzése alapján az alábbi szempontok merültek fel: jelentős segítség lenne a munkaerőhiány csökkentése, gyakori munkahelyi megbeszélések tartása, közös programok szervezése. Erős igény merült fel a mentálhigiénés háttérre is. Az ápolók segítése céljából egyetlen osztályon sem állt szakember az ápolók rendelkezésére, akivel problémáikat megbeszélhetnék, akitől professzionális segítséget kaphatnának. Ugyanakkor 84% jelezte, hogy azonnali szükség lenne ilyen szakember

jelenlétére. A megelőzéshez egyértelműen hiányoznak a támogató csoportok, tréningek. A kiegészítő következményei az ápolóknak, a közvetlen környezetnek és a társadalmi-gazdasági rendszernek egyaránt súlyos problémát jelentenek, akár a pszichés-erkölcsi, akár az anyagi oldalát tekintjük. A kórházak elvesztik képzett és elkötelezett ápolóikat, a betegek számára elvész a minőségi ellátás lehetősége, az ápolói pályát feladók átképzési költségei az államot terhelik. Ezért a kiegészítő szindróma kialakulásának megelőzése vagy a már kialakult folyamatba való beavatkozás kívánatos és elengedhetetlenül szükséges.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az ápolás elektronikus szakirodalmi forrásai

Balogh Zoltán

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Ph.D. hallgató

(Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Elektronikus szakirodalmi források, publikációs segédesszközök.

Kurzusvezető: Dr. Vasas Livia.)

Bevezetés

Az ápolástudomány, mint a medicina egy önálló tudományterülete az elmúlt másfél évszázad során hatalmas és rohamos fejlődésen ment keresztül. Néhány nappal a híres angol ápolónő, Florence Nightingale születésnapja (május 12.), azaz az Ápolók Nemzetközi Napja előtt2) jó alkalmat teremthet e dolgozat, hogy elgondolkodjam az ápolás, mint tudomány XXI. századbeli kihívásairól, illetve a tudományos fejlődést, kutatást, a naprakészséget és az élethosszig tartó tanulást szolgáló és segítő technikai, módszertani lehetőségek alkalmazásáról. A XIX. században a változások első sorban az angol-szász nyelvterületről indultak el, a XX. században ezt az úttörő szerepet szintén az Egyesült Államok, Kanada és Anglia vállalta fel. A leghíresebb ápoláskutató szakemberek ezen országokban születtek és alkottak, s a nemzetközi ápolási szervezetek is innen indultak el. Így vált hivatalos nyelvvé – az ápolás területén is – az angol.

Az orvostudomány szinte valamennyi területéhez hasonlóan az ápolás területén is az internet használatának elterjedése hatalmas lehetőséget, de ezzel együtt egy sor kihívást is jelent a gyakorlatban dolgozó, illetve az ápolóképzésben vagy az ápoláskutatásban tevékenykedő szakembereknek. Egyre több és egyre korszerűbb információ jut, juthat el az ápolási szakemberekhez is. Ehhez már hazánkban is megeremődtek azok az infrastrukturális feltételek, mellyel az egyes adatbázisok, internetes szolgáltatások az ápoló munkahelyéről, vagy éppen saját otthonából elérhető. E gondolatom megerősítéseképpen hivatkozom, egy a diplomás ápolóképzésben 1999. III. negyedévében (azaz már közel két éve) történt felmérésemre. Az akkor főiskolánkon tanuló diplomás ápoló levelező tagozatos hallgatók több mint felének, illetve a nappali tagozatos hallgatók közel egy harmadának volt internetes hozzáférési lehetősége. Ez az arány úgy gondolom, hogy az elmúlt hónapok során dinamikus fejlődött, hiszen egyre több számítógépet használnak a kórházi osztályok, kórházi könyvtárak, s az oktatási intézmények. Ezt a fejlődési folyamatot igen intenzíven segítette Egyetemünk integrációja is. A Főiskola könyvtára az SE Központi Könyvtárán keresztül számtalan új kapcsolattal, adatbázissal és lehetőséggel bővült, melyet hallgatóink is mind gyakrabban vesznek igénybe. Ennek persze előfeltétele, hogy az oktató jó példát mutatva maga is használja és alkalmazza, építse bele a képzésbe, a kutatómunkába a modern kor új lehetőségeit (pl.: adatbázisok, internetes linkek, e-Health, e-Learning).

Ápolás területén alkalmazható elektronikus források

Az ápolástudomány területén legjobban alkalmazható a CINAHL nevű adatbázisban, amely CD, illetve a könyvtár honlapján keresztül, közvetlen formában, interneten is elérhető (<http://www.cinahl.com>). A CINAHL adatbázison megtalálhatóak a Nővér folyóiratban megjelent hazai publikációk is. Az ápolási szakembereknek, illetve az ápolástudományban kutató szakembereknek elsősorban ezen említett adatbázist kell felhasználnunk a mindennapi kutatómunkánk során. Természetesen azokban az esetekben, ahol az ápoláskutatás témája szoros összefüggésben van valamely orvostudományi területtel, ott igen alkalmazható más adatbázisok (Medline, EMBASE, Silverplatter stb.).

Magyar ápolási folyóiratok az interneten

Magyarországon ápolástudomány területén sajnos még nem rendelkezünk és úgy gondolom, hogy nyelvünk miatt nem is fogunk rendelkezni az ápolási szakmaterületek témaköreiben megjelenő folyóiratokkal oly nagy választékával, mint például Németországban, vagy az angol nyelvű országokban (USA, Kanada, Nagy Britannia). Így nekünk magyar szakembereknek a hazai ápolási szakirodalmat és a hozzákapcsolódó orvosi szakirodalmat hatékonyan és naprakészen kell ismernünk, mert ez kiindulási alapja lehet külföldi, nemzetközi

szakirodalomban történő kutatómunkánknak. Sajnos, a teljesség igényével az alábbi csak ápolással foglalkozó szakirodalom a következő:

1. **Nővér** folyóirat a Magyar Ápolástudományi Társaság hivatalos lapja
2. **Ápolásügy** a Magyar Ápolási Egyesület hivatalos lapja
3. **ETInfo** az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet hivatalos lapja
4. **Nővér Praxis** az orvossal együtt dolgozó egészségügyi szakemberek továbbképző folyóirata
5. **Kórház** a Magyar Kórházszövetség lapja (ápolásszervezési és vezetési témakörök miatt)
6. **Egészségügyi menedzsment** EM Csoport lapja (ápolásvezetés, ápolásmenedzsment és minőségbiztosítás témakörök miatt)

Ezen folyóiratok közül a Nővér, az ETInfo, illetve a Kórház és az Egészségügyi menedzsment található meg az interneten:

<http://vega.medinfo.hu/weblap/nover/novindex.htm>

<http://www.etinfo.hu>

<http://www.hospital-fed.hu>

<http://www.emmk.hu>

Ápolás szakmai szervezetek, egyesületek honlapjai, hasznos internet kapcsolatok

Hazai Internet kapcsolatok közül a Medinfo igen széles kapcsolatrendszerét emelném ki, mely igen jól alkalmazható a mi munkaterületünkön is: <http://www.medinfo.hu>.

Ezen kívül a Szegedi Tudományegyetem TUDOR programjának keretében kifejlesztés alatt lévő honlapot említeném meg, ahol helyet kap első ízben a Magyar Ápolási Egyesület (legnagyobb hazai paramedikális szakmai szervezet csoportosulása is). Ez a hely most áll fejlesztés alatt, de sok hasznos és érdekes információt lehet találni első sorban a bizonyítékokon alapuló egészségügy, orvoslás és ápolás témaköréből:

<http://www.160114.96.21/webtext/texthun.htm>.

Külföldi honlapok, amelyeknek fontos ápolási vonatkozása van

Itt kiemelném a legnagyobb egészségügyi szervezet a WHO honlapját: <http://www.who.dk/nursing/>, ahol az ápolás területéről kapunk legújabb szakmapolitikai és módszertani információkat. Másik igen gyakorlatias hely: <http://nursingcenter.com/>. A bizonyítékokon történő orvoslás és ápolás témaköréből is találhatunk számtalan, bő információval rendelkező helyet, ilyen pl.: <http://www.york.ac.uk/depts/hstd/>, vagy a <http://library.utoronto.ca/medicine/ebm/syllabi/nur/>, illetve e témában klasszikusnak számító <http://www.cochrane.org>.

Ápolásra, gondozásra szoruló betegek és hozzátartozóknak szóló internet oldalak

A hazai egészségügyi kérdéseket érintő információkeresés és továbbítás talán egyik legnagyobb újdonsága és lehetősége a laikusok (nemtől és életkortól függetlenül), illetve a betegek és hozzátartozók korrekt, naprakész tájékoztatása, informálása. Mind gyakrabban fordul elő, hogy a paciens, vagy éppen az ápolóhallgató úgy keresi meg orvosát, körzeti ápolóját, vagy tanárát, hogy “ezt és ezt” olvastam az interneten, illetve azzal a kérdéssel fordul az előbb felsorolt személyekhez, hogy hol találhat az interneten “erről és erről” bővebb információt. Néhány a laikusoknak (is) magyar nyelven megtalálható helyek:

<http://www.vitalitas.hu>

<http://www.pro-patiente.hu>

<http://www.medicentrum.hu>

<http://www.elender.hu> (medilink)

Befejezés

Dolgozatomban megpróbáltam összefoglalni az ápolási szakemberek számára már rendelkezésre álló lehetőségek széles tárházát a modern irodalomkutatás témakörében. A szakember minél többet foglalkozik ezen témával, annál jobban érzi, hogy mily kevés időt és energiát fordítunk a folyamatos szakmai fejlődésünkre, illetve a kutatómunkára.

Irodalom

1. Vasas Livia, Hercsel Imréné: A tudományos tevékenységek értékelése orvosi szakkönyvtáros szemmel *Orvosi Hetilap*, 141(33),123-128p., 2000
2. <http://www.cinahl.com>
3. <http://webspirs4.silverpatter.com:8700/trial?>

Vissza
a tartalomhoz

Az elsősegélynyújtás, és oktatásának elektronikus feltérképezése

Hornyák István Ph.D. hallgató

(Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Elektronikus szakirodalmi források, publikációs segédeszközök.

Kurszusvezető: Dr. Vasas Livia.)

Kutatási területem az elsősegélynyújtás iskolai oktatásának megvalósíthatósága. Doktori témám címe: „A pedagógus szakmai támogatása az egészségnevelésben.” A lehetséges alfejezetek közül az elsősegélynyújtást, mint szűkebb szakterületemet választottam. Tapasztalva a felnőtt lakosság e tárgybéli hiányosságait, olyan program összeállítását kísérem meg, amely az iskoláskorú gyerekeket, a didaktika (a pedagógia oktatástannal foglalkozó ága) minden elemét kihasználva, vezeti be az elsősegélynyújtás tudományába. A hazai, jó közelítésben nullának mondható irodalom ismeretében nagy elvárásokkal indultam az internetes adatgyűjtésnek. Korábbi dolgozatom elkészítése során szembesültem, azzal a ténnyel, hogy a kutatás több nehézséggel jár. A további keresések során nyert találdataimat, keresési irányomat három nagyobb általam önkényesen választott cím köré csoportosíthatom:

- orvosi témájú linkek;
- pedagógiai linkek;
- általános (érdekes) linkek csoportja.

A különböző csoportok között van bizonyos „átjárás”, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi szakmai tanulmányokban is megtalálhatóak bizonyos pedagógiai elemek.

A keresés során mindvégig egységes módszert használtam, tárgyszó szerint általában a teljes bázisban, vagy ahol ez lehetséges volt, évszámmal szűkítve használtam a *first aid alapszót*. Ahol lehetséges volt a *school, teaching, education* tárgyszavakkal párosítottam. Az orvosi jellegű elektronikus gyűjteményekben azt figyeltem meg, hogy az elsősegélynyújtás kérdése valamely konkrét egészségügyi (helyesebben betegségi) problémakörhöz csatlakozik. A SilverPlatter Embase 1998-99 bázisában a *first aid and school kapcsolat* 50 találatot eredményezett. (<http://zsigmond.lib.sote.hu:8590/> letöltési idő 2001. március 30.) A találatok egy jelentős része az elsősegélynyújtás és az újraélesztés kapcsolatát taglalta. Ez talán érthető, hiszen egy jobb impact faktort mutató szaklapban a publikációnak megfelelő elemszámú, színvonalú vizsgálati eredményeket kell szerepeltetni. Az újraélesztés lépéseinek megtanítása, ellenőrzése viszonylag jól regisztrálható, a kontroll csoport, laikusok között összehasonlítás tehető.

Pl.: Life supporting first aid trainig of the public-review and recommendations. (AU.:Eisenburger-P,Safar-P. ,SO: Resuscitation. 1999;41/1(3-18))

A short history of cardiopulmonary resuscitation. From acient myths to present days.

(AU.:Kleinschmidt-S SO: Anesteziologie-a-Neokladna-Pace. 1999; 10/2 (85-89)

Evaluation on the trainees of the first aid and CPR training course offered by Taipei Municipal Department of Health (AU.: Yang-M-C; Fann-C-Y; Huang-C-M SO: Chinese-Journal-of-Public-Health. 1998; 17/1 (59-69)

A tanulmányok számomra azt sugallják, hogy inapct faktorról bíró újságba valami hasonló témájú cikkel lehet bejutni. Az elsősegély kérdése más betegségek, így pl.: az asztma, vagy az epilepszia kapcsán is felmerül.

A MEDLINE EXPRESS 1997-1999 bázisában a *first aid and teaching* kapcsolat 37 eredményt adott. Itt is megtalálhatóak az újraélesztést taglaló cikkek, de mellettük az elsősegélynyújtás oktatásával foglalkozó, számomra nagyobb jelentőséggel bíró cikkekre is leltem.

Help: first aid issues.

(AU.:Granitoff-N;Whitaker-IY;Diccini-S; Goncalves-VC, Martin-HF SO. Medinfo 1995;8Pt 2: 1371)

A new concept in teaching First Aid. Questioning shows: education According to the care-centered first aid concept is judged positively.

(AU.: Vieweg-JSO. Pflege-Z. 1995 Aug; 48(8): 479-82)

The role of the theacher in child accident prevention.

(AU.: Carter-YH; Bannon-MJ; Jones-PW SO: Journal-Public-Health-Medicine 1994 Mar; 16(1): 23-8

A WebofScience három évfjártában 1999-ben 33, 2000-ben 35, 2001-ben 16 témához kapcsolódó cikket találtam, a <http://wos.clib.dote.hu/index> helyen. (letöltési idő 2001. 04. 13.14:45). Az újraélesztés mellett a vízbe fulladás, sport balesetek, égés és az elsősegélynyújtás oktatásának kérdéséről is kaptam találatot.

Az orvosi témájú irodalmat nem találtam teljesen elegendőnek, ezért a pedagógiai irodalmat is fel szerettem volna térképezni. Az OPKM-ben összegyűjtöttem a nemzetközi folyóiratok elektronikus elérhetőségi címét.

Tapasztalatom szerint ezeken a címeken nincs olyan jellegű kereső bázis, amivel kutatni lehetne. Többnyire rendelési, egyéb információkat tartalmazó oldalakkal rendelkeznek:

<http://www.blakwellpublishers.co.uk>

<http://www.mesharpe.com>

<http://www.ciersorg.org>

<http://www.tandf.co.uk>.

Az egyik érdekes helyet a <http://www.infotoday.com/supersearchers/ssmed.htm> több mint száz bázisa közül a <http://www.accesseric.org> linken találtam. Ez az Educational Resources Information Center /ERIC/ magában foglalja a National Library of Education. Tárgyszó szerinti kereséssel 1009, majd a *teaching* szűkítéssel 271 találatot kaptam. A hely egyetlen szépséghibája, hogy amerikai irodalmat dolgoz fel elsősorban. Az absztraktok vegyesen tartalmaznak tanári kézikönyv, előadás, könyv, cikk leírásokat. A megfelelő típust egy a bázishoz tartozó táblázat alapján tudjuk azonosítani. Jelenleg úgy tűnik, hogy itt is csekély használható eredményt találtam és további keresésekre fogok szorulni.

A <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>-ben a *first aid and education* 691 találatot adott, a rendszerben a szerzőre kattintva kapom meg a cikk absztraktját, ill. keresővel a témában hasonló cikkek gyűjteményét.

A <http://www.altavista.com> keresőben szintén tárgyszó szerint kereshetek, de a rendszer minden beírt szót külön észlel és elborzasztó eredményt ad. A 948.730 találattal nem jutok semmire. Hasonló eredményre vezetett a <http://www.yahoo.com> keresőben való barangolásom. Hiába tűnt a kezdetekkor az orvosi témájú keresők használata számomra csekély sikerűnek, a többi helyen még ilyen eredményre sem jutottam.

A www.mwsearch.com/linkto.html,

www.mayo.edu/research

www.yahoo.com/Health/FirstAid helyek értékelhető elemzése még hátra van.

Érdekes volt megtapasztalni, hogy mennyi üzleti szolgáltatás csatlakozik az elsősegélynyújtáshoz. Egyesek képzéseket, oktató csomagokat, de akár elsősegélynyújtó termékeket is hirdetnek, illetve on line módon kínálnak: (<http://www.goto.com>,

<http://www.metaspider.com>)

Világszerte a Vöröskereszt végzi a különböző elsősegély kurzusokat, a laikusok képzését. Ezért megpróbáltam a nemzetközi és hazai Vöröskereszt honlapjára eljutni és információkat szerezni. A nemzetközi szervezet honlapját nem találtam meg, a hazai a <http://www.voroskereszt.hu> helyen értem el. A portálon tájékoztatás, programajánló, szervezeti felépítés található. Keresésre nincs lehetőség.

A témában érintett újságok jegyzéke:

Academic Emergency Medicine

Journal of Telemedicine and Telecare

BMJ

Resuscitation

Journal-Public-Health-Medicine

Teaching-Learning-Medicine

Rettungsdiest

Levelezés:

A levelező listára való jelentkezés során többször felsültem, illetve ahova jelentkeztem, visszajelzését nem kaptam; topca.com/list/firstaid@now.edu.au.

Az elektronikus irodalom és kutatás tanulmányozása feltétlenül hasznos volt a továbblépés szempontjából, bár az elért eredmények birtokában még túl sokat nem tudok előre lépni. Feltétlen további kutatásra van szükségem a megfelelő színvonalú irodalom felderítéséhez.

[Vissza](#)
[a tartalomhoz](#)

Az egészségügyi világszervezet 54. közgyűlése - WHA54.12

13.4 napirendi pont – 2001. május 21.

Az ápolás és szülésznőség megerősítése

Az Egészségügyi Világszervezet 54. Közgyűlése

Áttekintve az ápolás és szülésznőség megerősítésére vonatkozó jelentést;

Hivatkozva a WHA42.27, WHA45.5, WHA47.9, WHA48.8 és a WHA49.1 számú határozatokra, amelyek az

ápolás és szülésznőség megerősítését célzó tevékenységekre vonatkozó ajánlásokat tettek;
Elismerve a hozzáférhető egészségügyi rendszerek jelentőségét a népek egészségi állapotának javítására tett erőfeszítések szempontjából, amint azt a Jelentés a világ egészségügyi helyzetéről 2000 ¹⁾ című dokumentum is megfogalmazza;
Elismerve a megfelelő források, köztük humán erőforrás, felhasználásának fontosságát az egészségügyi ellátás nyújtásában;
Tudatában annak, hogy az ápolók és szülésznők sarkalatos és költség-hatékony szerepet töltenek be a többlet-mortalitás, morbiditás és rokkantság visszaszorításában, továbbá az egészséges életmód elősegítésében, és aggódva amiatt, hogy további cselekvés szükséges az ápolók és szülésznők hozzájárulásának a maximalizálásához;
Aggódva a globális ápoló- és szülésznőhiány miatt;
Felismerve az ápolói szolgáltatások és szülésznői szolgáltatások mint minden egészségügyi rendszer középponti magvát alkotó tevékenységek jelentőségét és ezek fontosságát a nemzetek egészsége tekintetében;
Szem előtt tartva az azoknak a partnereknek széles skálájával folytatandó együttműködés folyamatos szükségességét, akiknek a tevékenysége kihatással van a lakosság egészségi állapotára, az egészségfejlesztésre és az egészségügyi ellátásra;

1. SÜRGETI a Tagállamokat arra, hogy:

- (1) segítsék elő egészségügyi rendszereik továbbfejlesztését és folytassák az egészségügyi ágazat reformját az ápolók és szülésznők bevonásával az egészségpolitikai megfogalmazásába, tervezésébe és gyakorlati megvalósításába minden szinten;
- (2) vizsgálják felük, vagy dolgozzanak ki, és valósítsanak meg nemzeti egészségügyi cselekvési terveket és oktatási, jogalkotási, szabályozási és praktizálási modelleket ápolók és szülésznők számára, és biztosítsák azt, hogy ezek megfelelően és kellően tükrözzék azokat a kompetenciákat és ismeretanyagot, amelyek lehetővé teszik az ápolók és szülésznők számára, hogy kielégítsék az általuk ellátott lakosság szükségleteit;
- (3) hozzanak létre olyan átfogó emberi erőforrás-fejlesztési programokat, amelyek támogatják a képzett és motivált ápolói és szülésznői munkaerő képzését, toborzását és megtartását az egészségügyi ellátásban;
- (4) dolgozzanak ki és valósítsanak meg politikákat és programokat, amelyek biztosítják az egészséges munkahelyeket és a jó minőségű munkakörnyezetet az ápolók és a szülésznők számára;
- (5) támasszák alá a fenti intézkedéseket az ápolók és szülésznők szükségleteinek folyamatos felmérésével, továbbá a nemzeti egészségpolitikai szerves részét képező nemzeti ápolási és szülésznőségi cselekvési tervek kidolgozásával, rendszeres felülvizsgálatával és gyakorlati megvalósításával;
- (6) segítsék elő olyan ápolói és szülésznői szolgáltatások kialakítását, amelyek csökkentik a kockázati tényezőket és megfelelnek az egészségügyi szükségleteknek, mindezt helytálló tudományos és klinikai bizonyítékokra alapozva;
- (7) készítsenek terveket az ápolói ellátás értékelésére.

2. FELKÉRI a Főigazgatót arra, hogy:

- (1) nyújtson támogatást a Tagállamoknak vizsgálódási mechanizmusok létrehozásához az ápoló- és szülésznő-személyzetet érintő globális munkaerőhiány tanulmányozásához, ideértve a migráció hatását is, továbbá emberi erőforrás-tervek és programok kidolgozásához, ideértve az etikus nemzetközi munkaerő-toborzás kérdéseit is;
- (2) nyújtson támogatást a Tagállamoknak azon erőfeszítéseikhez, amelyekkel meg akarják erősíteni az ápolók és szülésznők hozzájárulását a lakosság egészségi állapotához, és tegye meg a szükséges lépéseket ahhoz, hogy növekedjék az EVSZ ápolási és szülésznőségi együttműködő központjainak a száma a fejlődő országokban;
- (3) biztosítsa az ápolási és szülésznőségi szakértők bevonását az egészséget szolgáló emberi erőforrások integrált tervezésébe, ideértve az azoknak a Tagállamoknak nyújtandó támogatást, amelyek a falusi képzett bábákra építő programokat valósítanak meg, irányelvek és képzési modulok kidolgozásával, az ápolók, különösképpen pedig a szülésznők kiterjesztett szerepeként;
- (4) továbbra is működjenek együtt a kormányokkal az ápolóság és szülésznőség fejlesztésével foglalkozó valamennyi hivatal és szervezet közötti eredményes koordináció elősegítése érdekében;
- (5) nyújtson folyamatos támogatást az Ápolási és Szülésznőség Globális Tanácsadó Csoport munkájához, és vegye tekintetbe az ápolás és szülésznőség érdekeit és hozzájárulását az EVSZ politikájának és programjainak a kidolgozása és megvalósítása tágabb vonatkozásaiban;
- (6) dolgozzon ki és valósítsa meg a gyakorlatban rendszereket és egységes teljesítmény-indikátorokat országos, regionális és globális szinteken az e célok elérése felé megtett haladás monitorozása, mérése és jelentése céljából;
- (7) készítsen haladék nélkül egy cselekvési tervet az ápolás és szülésznőség megerősítése céljából és gondoskodjék annak következtetései külső értékeléséről;
- (8) folyamatosan tájékoztassa a Közgyűlést e határozat megvalósítása terén megtett előrehaladásról és tegyen jelentést az EVSZ 56. Közgyűlésének 2003-ban.

[Vissza](#)
[a tartalomhoz](#)

Szakirodalmi tallózó

Az elhízás nagyobb kihatással van az egészségre, mint az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás

Egy 9500 amerikaira kiterjedő felmérés eredményei szerint az elhízott emberek körében gyakoribbak a krónikus betegségek és a rosszabb életminőség, mint az alkoholisták, dohányosok vagy a szegények körében. Emellett több a túlsúlyos és elhízott felnőtt az USA-ban, mint a dohányos vagy problémái miatt ivó személy. Az eredmények aláhúzzák annak a szükségességét, hogy a népegészségügyi programok vegyék célba az elhízást. Az egész életükben dohányzó és szegénységben élő személyek szignifikánsan hajlamosabbak voltak krónikus betegségekre – pl. asztma, diabétesz, arthritis vagy szívbetegség, azonban a dohányzás és a szegénység hatásai kisebbek voltak, mint az elhízásé mind az egyén egészségét, mind pedig életminőségét tekintve.

Public Health, 2001, 115, 229-235.

Az elhízott lányoknál magasabb az asztma kockázata

Azoknál a lányoknál, akik 6-11 éves életkorukban válnak elhízottá, hétszeresen nagyobb a kockázata az asztma kialakulásának, állítják amerikai kutatók. A kutatók 688 gyereknél vizsgálták a testtömeg-index és az asztma incidenciájának összefüggéseit. A gyerekek közép-életkora 6,3 év volt, 600 gyerek esetében volt adatuk 10,9 éves közép-életkorra is. Mérték a tüdőfunkciót, a hörgőtágítókra adott választ és a napi csúcsáramlás-változást. Vizsgálataik alapján arra következtetnek, hogy az elmúlt évben tapasztalt kifejezett növekedés az elhízás gyakoriságában részben okozója lehet az ezzel párhuzamosan megfigyelt növekedésnek az asztma prevalenciájában. Felvetik, hogy az iskolai évek alatti excesszív súlygyarapodás (főként a lányok esetében) elkerülését célzó speciális beavatkozások értékesnek bizonyulhatnak az asztmával kapcsolatos serdülőkori morbiditás megelőzésében.

Am J Respir Crit Care Med 2001, 163, 1344-1349.

Az Alzheimer-kórban szenvedő betegek gondozói nem rendelkeznek kellő információkkal

Amerikai szakemberek véleménye szerint "óriási információs szakadék" tátong az Alzheimer-kórban szenvedő emberek orvosai és gondozói között. A gondozók elsődleges információforrását az alapellátás orvosi jelentik, hiszen a gondozók 58%-a hozzájuk fordul információhoz, ha úgy sejtí, hogy szeretne esetleg Alzheimer-kórban szenved. Ennek ellenére, bár a felmért orvosoknak 80%-a vélekedik úgy, hogy a kórt gyógyszereléssel stabilizálni lehet egy bizonyos ideig, a gondozóknak csak 32%-a válaszolta azt, hogy az orvostól ezt az információt kapta. Szakértői becslések szerint az Alzheimer-kórban szenvedőknek kevesebb, mint a fele kap cholinesteráz-gátlót, ezáltal a gondozók esnek attól a lehetőségtől, hogy már a korai szakban megfelelő ellátást kapjon szerettük. Jóllehet a megkérdezett orvosok túlnyomó többsége úgy véli, hogy ő minden szükséges információt biztosította mind az Alzheimer-kórban szenvedő beteg egészségével, mind a gondozó családtag egészségével kapcsolatban, a gondozóknak csak töredéke nyilatkozott úgy, hogy ellátták őket ilyen információkkal. Például: az orvosok 85%-a mondta azt, hogy a gondozók információkat kértek tőlük arra vonatkozóan, hogy a beteg személy képes lesz-e a mindennapi élet feladataival megbirkózni, és 91%-uk elmondása szerint meg is adták a kért információkat. Ezzel szemben a gondozók 52%-a nyilatkozta, hogy kért ilyen információt, de csak 28% mondta azt, hogy meg is kapta ezt a felvilágosítást. Vagy: az orvosok 74%-a állította, hogy javasolt önsegítő betegcsoportot a gondozónak, a gondozóknak azonban csak 24%-a válaszolta, hogy orvosa egyáltalán szóba hozta ezt a témát. Az amerikai Alzheimer Egyesület vezetője szerint az orvosok tényleg elmondják ezeket az információkat, a gondozók azonban nem fogják azokat fel. Nem elegendő tehát egyszer elmondani, azután útjára bocsátani a családtag, fontosabb egyszerre kevés információt közölni, és azt a megfelelő időben tenni. Az a családtag, aki Alzheimer-kórban szenvedő embert gondoz, átlagosan 6,5 évig teszi ezt otthonában, és ez a gondozás igen stresszes, mivel non-stop tevékenységről van szó.

www.nurses.medscape.com

A szülés közben bekövetkezett asphyxia kapcsolatban állhat a skizofrénia

Új kutatási eredmények azt jelzik, hogy a szülészeti komplikációk következtében oxigénhiányt elszenvedett csecsemők életük későbbi szakaszában a skizofrénia kialakulásának négyszer nagyobb kockázatnak vannak kitéve. Egy svéd pszichiáter 524 skizofrén beteget hasonlított össze egy 1043 nem skizofrén személyből álló,

nem és életkor szerint illesztett kontroll-csoporttal. Az olyan tényezők, mint az örökletes pszichózis, eliminálása után arra az eredményre jutott, hogy a skizofrénia kockázata 4,4-szeres volt azoknál a gyerekeknél, akik szülés közben hypoxiások voltak. A sovány magzatok vagy a pre-eclampsziás anyák esetében a gyermeknél megkétszereződik a skizofrénia kockázata az élet későbbi szakaszában. A 33. hét előtt született gyermekeknél is kétszeres a kockázat. A svéd kutató eredményei bizonyítják, hogy terhesség és szülés alatti számos tényező növelheti a későbbi skizofrénia kockázatát. Ezek közé a tényezők közé tartozik a magzat rossz tápláltsága és lassú növekedése, a szülési hypoxia és az újszülött sárgasága. A svéd szakember véleménye szerint minden tizedik gyermeknél fordul elő valamilyen komplikáció a szülés során, amely skizofréniához vezethet, de többségüknek mégsem alakul ki a betegség. Bár a skizofrénia etiológiája jórészt még nem ismert, a legjelentősebb ismert kockázati tényező genetikai: a skizofrén szülő gyermekénél tízszeres a betegség kialakulásának a kockázata.

www.nurses.medscape.com

Zsíros halak fogyasztása csökkentheti a prosztatatarák kockázatát

Azoknál a férfiaknál, akik mérsékelttől egészen a jelentős mennyiségig fogyasztanak zsíros halakat, mint például a lazac, hering és makréla – olyan halakat, amelyek nagy mennyiségben tartalmaznak omega-3 zsírsavakat – szignifikánsan csökken a prosztatatarák kialakulásának a kockázata. A svéd Karolinska Intézet kutatója és munkatársai 6272 férfi ikerpárt vizsgáltak 30 éves utánkövetéssel. Kiinduláskor a férfiak átlagéletkora 55,6 év volt. Kérdőívet töltöttek ki életmódi tényezőikről, köztük az étkezési, dohányzási és testmozgási szokásairól. A 30 éves követés alatt 466 esetben számoltak be prosztatatarákról a kohorszban. A prosztatatarák és a halfogyasztás összefüggését vizsgálva azt találták, hogy a halfogyasztás testmozgással, dohányzással, zöldség- és gyümölcs fogyasztással párosult. A magas halfogyasztás fordítottan kapcsolódott a vörös húsok fogyasztásához. A korra standardizált és a sokváltozós kockázati tényező elemzések azt mutatták, hogy a fokozott halfogyasztás a prosztatatarák csökkent kockázatával járt. A halat nem fogyasztó férfiak 2-3-szor nagyobb kockázatnak voltak kitéve a prosztatatarák kialakulása szempontjából, szemben azokkal a férfiakkal, akik mérsékelt vagy nagy mennyiségű halat fogyasztottak.

Lancet, 2001, 357, 1764-1766.

Kanadai szakemberek ellenzik az emlők önvizsgálatát középkorú nők esetében

A Kanadai Megelőző Egészségügyi Ellátási Bizottság álláspontja szerint az emlő önvizsgálatát nem kellene rutinszerűen tanítani a 40-69 éves életkorú nőknek. A szakirodalom áttekintése alapján nincsen semmilyen bizonyíték arra, hogy a rendszeresen végzett emlő önvizsgálat vagy annak oktatása csökkentené az emlőrák miatti halálozást, állítja a Torontói Egyetem professzora. A professzornő nyolc vizsgálat metaanalízisét végezte el, ennek alapján nem talált semmilyen előnyt vagy hasznot, amely a rendszeres emlő önvizsgálatból vagy annak megtanításából származott volna, összehasonlítva az emlő önvizsgálat el nem végzésével. Ezzel szemben talált bizonyítékot arra, hogy az emlő önvizsgálat oktatása kárt okoz. Nevezetesen az önvizsgálatot végző csoportba sorolt asszonyoknál szignifikánsan magasabb volt a jóindulatú biopsziás eredmények aránya, szemben a kontroll csoporttal. A Bizottság azt ajánlja, hogy a 40-69 éves korú nőket ne tanítsák meg az emlők önvizsgálatára. A 70 évesnél idősebb nők esetében a Bizottság szerint nincsen elegendő bizonyíték ahhoz, hogy ajánlásokat tegyenek az emlő önvizsgálatának hasznára vonatkozóan. A 40 évesnél fiatalabb nőknél csekély bizonyíték áll rendelkezésre az emlő önvizsgálatának hatékonyságára vonatkozóan. A Bizottság úgy véli, hogy mivel az emlőrák incidenciája alacsony ebben a korcsoportban, sokkal valószínűbb, hogy az emlő önvizsgálata elvégzése és oktatása inkább káros. A torontói professzorasszony véleménye szerint a nők találnak csomót az emlőjükben és találnak emlőrákot is. De ezek többségét nem az önvizsgálat során találják. Fontos, hogy a nők mindig figyeljenek a mellükre, zuhanyozás, öltözködés, szexuális kapcsolat során, és ha találnak valamit, feltétlenül keressék fel orvosukat. A Harvard Egyetem professzorasszonya egyetért a kanadai bizottság vélekedésével abban, hogy nincsen sok bizonyíték arra vonatkozóan, hogy az emlő önvizsgálata segítene, de több bizonyíték van arra, hogy inkább ártalmas lehet. A klinikusoknak sokkal erősebb és hathatósabb bizonyítékaik vannak a mammográfia és a jól elvégzett klinikai emlővizsgálat mellett. Ezeket a szűrési módszereket kell mindenképpen hangsúlyozni a nők számára.

Can Med Assoc J 2001, 164, 1837-1846, 1851-1852.

Mérsékelt szintű testmozgás véd a combnyak-csonttörés ellen

Egy dán kutató és munkatársai vizsgálták a szabadidős testmozgás és a tevékenység szintjei változásának a hatását a combnyakcsonttörés kockázatára. Prospektív elemzésüket három lakossági vizsgálat összesített adataira alapozták, amelynek keretében 13 183 nő és 17 045 férfi (20-93 évesek) adatait elemezték. Összességében 1120 combnyak-csonttörést állapítottak meg az utánkövetés során. A személyek 55%-a mérsékelt szintű testmozgást végzett naponta 2-4 órás időtartamban. A zavaró tényezők kiküszöbölése után a combnyakcsonttörés relatív kockázata ezeknél a személyeknél az ülő életmódot folytatókkal szemben 0,72 volt a nők és 0,75 a férfiak esetében. A legaktívabb kategóriába tartozás nem csökkentette tovább a törések kockázatát. Azok a személyek azonban, akik áttértek ülő életmódra a mérsékelt vagy az igen aktív életmódról, a törések nagyobb kockázatának voltak kitéve mint azok, akik továbbra is mérsékeltén aktív életmódot folytattak. A dán kutatók következtetése

szerint a rendszeres testmozgás és a testmozgás fenntartásának ajánlása az idősödés folyamán sarkalatos részét kell hogy képezze azoknak a stratégiáknak, amelyek a combnyaktörés világszerte tapasztalt riasztó növekedésének visszaszorítását célozzák.

Am j Epidemiol 2001, 154, 60-68.

A házastárs elvesztése feletti gyászt befolyásolja, hogy a túlélő társ gondozta-e az elhunytat

A házastárs halálának hatása más lehet akkor, ha a hátramaradt fél az eltávozott gondozója volt, és más akkor, ha az elhunyt nem szorult segítségre a mindennapi életében – állapította meg egy új vizsgálat. Azok az emberek, akik nem voltak gondozók, általában fokozottan depressziósak és lefognak házastársuk halálát követően, mint azt egy 66-96 éves személyekre kiterjedő vizsgálat tanúsítja. Azok, akik stresszt éreztek a gondozói kapcsolat során is, megélik a depressziót, de ez nem mélyül el a gondozott házastárs halálát követően. Emellett a stresszel terhes gondozói helyzetben lévők általában jobban vigyáznak saját egészségükre társul elmúlása után, kevésbé valószínű, hogy elmulasztanak betartani egy előjegyzést az orvosnál, vagy nem szednek be egy gyógyszert, és nagyobb valószínűséggel megfelelő mértékben alszanak és végeznek testmozgást. Ezek az eredmények a kutatók szerint arra utalnak, hogy a házastárs elhunyt a lestrapált gondozó esetében jelentős terhelés-csökkentést okoz és nem veszi igénybe megbirkózási képességüket. Ezek az emberek bizonyos mértékig fel tudtak készülni a házastárs halálára. A házastársat nem gondozók esetében a házastárs halála negatív hatással van, a gyász összefügghet a házastárs halálának előre nem várható voltával és a társadalmi környezetnek a halál miatt bekövetkező jelentősebb megbombolásával.

JAMA, 2001, 285, 3123-3129.

Alkoholfogyasztás és magas vérnyomás

Számos vizsgálat mutatott rá a napi három vagy annál több alkoholos ital elfogyasztása és a magas vérnyomás közötti kapcsolatra. Az alkoholbevitel csökkentése a vérnyomás csökkenését vonta maga után randomizált klinikai vizsgálatokba: a napi egy itallal kevesebb alkohol fogyasztása a szisztolés és a diasztolés vérnyomást kb. 1Hgm-rel csökkenti. A mértéktelen alkoholfogyasztás fokozza számos belgyógyászati és pszichoszociális probléma kockázatát. A magas vérnyomásban szenvedő, mértéktelenül alkoholt fogyasztó emberek esetében a maximális átlagos napi alkoholfogyasztás elfogadható mértéke nőknél napi egy ital, férfiaknál két ital, ez a cél ésszerűnek tűnik, amennyiben az alkoholfogyasztás egyéb okok miatt nem kontraindikált. *Cushman, W.C.*

Alcohol consumption and hypertension. Journal of Clinical Hypertension.

<http://nurses.medscape.com/leJack/JCH/2001/v03/jch0303.03.cush/jch0303.03>

A reménykedő beállítódás javíthatja a szélütés utáni túlélést

Azok a szélütésen (stroke) átesett betegek, akik pesszimistán vagy reménytelenül ítélik meg felépülésüket, hamarabb meghalhatnak, mint optimista betegtársaik. Egy 372 szélütésen átesett betegre kiterjedő vizsgálat eredményei szerint azok, akik elveszetteknek érezték magukat a szélütés után 6 hónappal, 58%-kal nagyobb valószínűséggel halnak meg 3-5 éven belül mint azok, akiknek reménykedőbb volt a beállítódásuk. Skót szakemberek biológiailag elfogadhatónak tartják az okozati kapcsolatot, bár annak mechanizmusa feltételezéseken alapul. Arra viszont nincsen bizonyíték, hogy javítani lehetne egy beteg hozzáállását a szélütéshez. A beteg általános hangulata, szorongásának szintje, depressziója vagy "harci szelleme" nem befolyásolta szignifikánsan a túlélést. A betegeknek közel egy ötöde meghalt az első interjút követő 3 éven belül. Az eredmények a beállítódás és az egészség közötti kapcsolatra vonatkozó egyre terebélyesedő kutatást támasztják alá. Egy másik vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy azok az emlőrákos betegek, akik a leginkább reménytelennek és elveszetteknek érezték magukat, nagyobb valószínűséggel haltak meg 5 éven belül. Más kutatás az optimizmust általában a hosszabb élettel hozta kapcsolatba, illetve a HIV-fertőzött férfiaknál a tünetek lassabb progressziójával.

Stroke, 2001, 32, 1640-1645.

A gyógynövényekből készült gyógyszerek perioperatív szövődeményeket okozhatnak

A gyakorta használt gyógynövény gyógyszerek gyakran okozhatnak problémákat a perioperatív időszakban, és az orvosoknak tisztában kell lenniük ezek lehetséges mellékhatásaival, továbbá specifikusan ezek használatára is rá kell kérdezniük a betegeiknél. Chicagói kutatók szakirodalmi kutatást végeztek, amelynek során nyolc gyakran használt gyógynövényből készült gyógyszer elemeztek. Számos közvetlen farmakodinámiás és farmakokinetikai hatást találtak a gyógyfűvekkel kapcsolatban. A fokhagyma és a ginkgo vérzéssel volt kapcsolatba hozható, a ginzeng vérzéssel és hypoglikémiával, az ephedra szív- és érrendszeri instabilitással. A kava és a valeriana potenciórozta az anesztetikumok szedatív hatásait. A betegek általában nem mondják el maguktól, hogy gyógynövényekből készült gyógyszereket is fogyasztanak, az orvosnak tehát rá kell kérdeznie erre és dokumentálnia kell az ilyen szerek fogyasztását. A gyakorló orvosok többsége nincs tudatában a gyógynövényekből készült szerek potenciális perioperatív komplikációinak, erre vonatkozóan nem részesült képzésben az orvosi tanulmányai során. Ezek az információk azonban igen fontosak lennének a gyógynövényből készült szerek fogyasztásával kapcsolatban kialakuló potenciálisan súlyos problémák megelőzése, felismerése és kezelése szempontjából.

JAMA, 2001, 286, 28-216.

Költség-hatékony infekció kontroll sikertörténet – esetismertetés

A kórházi véráramfertőzések nagyobb része intravaszkuláris eszköz, elsősorban centrális vénás katéterek használatával hozható összefüggésbe. Az ilyen fertőzések gyakoribbak az intenzív részlegen, mint a sima osztályon. A sebészeti intenzív részlegen a véráram-fertőzésnek tulajdonítható mortalitás arányát 35%-ra becsülik. Az intenzíven szerzett véráram-fertőzések közel 40 ezer dolláros költségnövekedéssel járnak minden egyes túlélő betegnél, a kórházi költségeket pedig becslések szerint 6 ezer dollárral emelik meg. A CDC országos nozokomiális fertőzési surveillance rendszere szerint a sebészeti intenzív részlegeken 1000 centrális katéteres napra 0,4-9,2 véráram-fertőzés jutott (átlagosan 5,1, medián: 3,6 / 1000 ápolási nap). Az elsősorban felelős mikroorganizmus a koaguláz-negatív staphylococcus volt. A közlemény szerzői saját intézményükben (Methodist Hospital, Texas, erősen szakosított 900 ágyas kórház) átlagosan 8,8, medián: 8,9 katéterrel összefüggő véráram-fertőzést mértek 1000 ápolási napra vetítve a sebészeti intenzíven fekvő betegek esetében. Az intézményben tapasztalt epidemiológiai szakápoló végzi az eszközökkel kapcsolatos fertőzések prospektív surveillance-át. A laboratórium minden pozitív tenyésztési eredményt jelent az infekció kontrollnak.

A fertőzések magas száma láttán három munkacsoportot hoztak létre a katéter kiválasztás, behelyezés, ápolás és gondozás stratégiáinak és klinikai irányelveknek a kidolgozására. Felülvizsgálták az intenzív osztályon használt termékeket, a folytatott gyakorlatot, irodalomkutatót végeztek, hogy a centrális vénás katéterek behelyezésével, gondozásával kapcsolatos legjobb gyakorlatot feltárhassák, amely azután a klinikai irányelv alapját képezte. Cselekvési tervet dolgoztak ki a teljesítmény-javítási modell alapján. Az Infekció Megelőzési és Ellenőrzési Bizottság ajánlásokat dolgozott ki: antibiotikum bevonatú katétert kell használni olyan betegnél, akiben 7 napnál tovább marad a katéter; terjeszteni kell a klinikai irányelvet a sebészek, aneszteziológusok, a kórház alkalmazott orvosai, az ápolók között; maximális barrier óvintézkedési anyagokat kell rendelkezésre bocsátani (köpeny, maszk, kesztyűk, műszertálca ablakos lepedővel), és alkalmazni kell egy vaszkuláris katéter szakápolót a sebészeti intenzíven, aki megtanítja a dolgozóknak a klinikai irányelvet, megfigyeli centrális katéterekkel kapcsolatos gyakorlati munkát mind a három műszakban, gyűjti és elemzi a véráram-fertőzéssel kapcsolatos kimenetel (outcome) adatokat és jelentést készít az ápolóknak, orvosoknak és a Infekció Megelőzési és Ellenőrzési Bizottság számára.

A kórház vezetésének benyújtottak egy költség-haszon elemzést, a szakápoló alkalmazásának alátámasztására. Tervezett bére évi 50 ezer dollár volt. Egy katéter okozta véráram-fertőzés költségeit 6 ezer dollárral számították. Azzal érveltek, hogy a nővér alkalmazásával legalább havonta egy véráram-fertőzést meg tudnak előzni, azaz évente 12-t. Érvelésüket elfogadta az igazgatóság, és alkalmaztak egy 15 éves sebészeti intenzíves tapasztalattal rendelkező regisztrált ápolót. Az ápoló 9 hónappal alkalmazását követően arról számolt be, hogy 1999-ben 18-cal kevesebb véráram-fertőzés következett be, mint 1998-ban, ez becslések szerint 108 ezer dollár megtakarítást eredményezett, eközben nem változott a sebészeti intenzíven az ápolási napok száma. Az átlag tehát 6,6 fertőzés / 1000 centrális katéter-nap volt.

A szerzők következtetési szerint a katéter miatti véráramfertőzések elleni intézkedések multidisz-ciplináris megközelítést igényelnek. A sebészeti intenzív osztályon a véráram-fertőzések megelőzésére tett erőfeszítések költség-hatékonyak mind a beteg, mind a kórház szemszögéből. A költség-haszon elemzésben a kimenetelt pénzben mutatják be. A költség-hatékonyság elemzés méri mind az adott szolgáltatás nyújtásának nettó költségét, mind az elért kimenetelt (outcome). A kimenetelt egyetlen mutatóval mutatják be, pl. megmentett életévek száma, megmentett életek száma, vagy egy adott betegség elkerült eseteinek száma. A költség-hatékonyság elemzés előnye az, hogy figyelembe veszi a jobb kimenetel lehetőségét a többlet forrásfelhasználás ellentételeként.

Slater, F: Cost-effective infection control success story: A case presentation. Emerging Infectious Diseases, 7, 2, 2001, Centers for Disease Control.

A sclerosis multiplex bizonyítékon alapuló új diagnosztikai kritériumai

Júliusban közölte le az Annals of Neurology a sclerosis multiplex (SM) diagnosztizálásának új kritériumait, amelyeket a Nemzetközi Sclerosis Multiplex Diagnosztikai Bizottság dolgozott ki a Nemzeti Sclerosis Multiplex Társaság támogatásával. Az SM hagyományos diagnózisához a betegség két, időben és helyben egymástól eltérő epizódját kellett kimutatni, s mindez nagyban objektív bizonyítékokra alapult. Az SM diagnózisa igen összetett, mert nem áll rendelkezésre egy olyan laboratóriumi vizsgálat sem, amely pozitívan diagnosztizálni lenne képes a SM-et. A diagnózis felállításához ki kell zárni egyéb valószínű diagnózisokat. A nemzetközi szakértőkből álló bizottság tevékenységének két célja volt. Az egyik az MRI beépítése az SM diagnosztikájába, a második pedig a korábbi kritériumok felülvizsgálata és ellenőrzése, hogy még ma is helytállóak-e. Eerre 20 éve nem került sor. A bizottság által kidolgozott irányelvek specifikus módszert adnak a klinikai adatok, a képalkotó eljárások adatai és a laboratóriumi adatok kidolgozásához. Az új kritériumok alapján az orvos megmondhatja, hogy a betegnek SM-je van, esetleg SM-ja van (ha a kivizsgálás még zajlik) vagy nincsen SM-je. Ezáltal egyszerűsítették a korábbi kategóriákat (laboratóriummal alátámasztott SM, klinikailag határozott SM, valószínű SM, lehetséges SM).

Ann Neurol 2001, 50, 121-127.