

A csontritkulás, korunk „néma járványa”

Horváth Orsolya

diplomás ápoló, Soproni Állami Szanatórium

Makrainé Horváth Andrea Zsanett

diplomás ápoló, Veszprémi Csolnoky Ferenc Kórház

Összefoglaló

A csontritkulás világszerte kb. 200 millió nőt és férfit érintő betegség, amely becslések alapján a 60-70 évesek egyharmadát, míg a 80 év felettiek kétharmadát sújtja. Magyarországon a becslések szerint 800 ezer-1 millió főre becsülhető a betegek száma. A csontritkulás nemcsak a leggyakoribb csontanyagcsere-betegség, hanem a következtében kialakuló csonttörések révén számos idő előtti halálesetért is felelős. A csontritkulást az idézi elő, hogy megcsappan a csontszövet mennyisége, és ennek következtében megváltozik a csontok rugalmassága, szakítószilárdsága. Az öregedés során elkerülhetetlenül csökken a csont sűrűsége, de befolyásolja a hormonális háztartás változása is, ezért a csontritkulás egyik formája elsősorban a nőket fenyegeti a klimax időszakában. A csontritkulás kialakulásában a szervezet saját változásai mellett számos egyéb rizikótényező is szerepet játszik. Ezek ismeretében csökkenthetjük az osteoporosis kialakulásának kockázatát, illetve annak mértékét. Tévhit, hogy a megelőzés csupán a megfelelő ásványi anyag beviteléről szól, bár kétségtelen, hogy a helyes táplálkozás az alapja a prevenciós programnak. Sokat tehetünk magunkért azzal, ha az ideális úton vezetjük az életünket, ha hétköznapijainkba a rendszeres testmozgást is beillesztjük. A szűrővizsgálatok általánossá tehetőek akár egész Magyarország területén. Így egyre több beteg kerülhet felismerésre és kezelésre, ez által megakadályozhatóak a csonttörésekkel járó súlyos szövődmények, melyek a betegek életminőségét rontják, és a társadalom számára jelentős kiadással járnak.

Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a csontritkulás a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségek mellett a legjelentősebb népegészségügyi probléma. Világszerte kb. 200 millió nőt és férfit érintő betegség, amely becslések alapján a 60-70 évesek mintegy egyharmadát, míg a 80 év felettiek kétharmadát sújtja.

Magyarországon 800 ezer-1 millió főre becsülhető a betegek száma (köztük 2/3 nő, 1/3 férfi). Hazánkban évente mintegy 30-40 ezer csigolyatest törés, 14-15 ezer csípőtáji törés, 25-28 ezer csuklótáji törés következik be osteoporosis következtében. Az ötven éves nők 40 %-a, a férfiak 13 %-a számolhat azzal, hogy élete hátralevő részében valamilyen csontritkulás talaján bekövetkező csonttörése lesz.

A Nemzetközi Csontritkulás Alapítvány (International Osteoporosis Foundation, IOF) adatai szerint Európában félpercenként bekövetkezik egy csontritkulásos eredetű törés. A leggyakrabban előforduló osteoporotikus törések a csigolyatest törések (az összes diagnosztizált eset 46 %-át teszik ki). Az első csigolyatest törés után öt-tizenkétszeresére nő az újabb csigolyatest törések kockázata, és kétszeresére nő a csípőtáji törés rizikója.

Egy 60-64 éves nő várható élettartama 2 évvel rövidebb, ha már átesett csigolyatörésen.

Noha ismerjük a csontritkulás jelentőségét, a kezelt betegek száma mégis rendkívül alacsony, a legtöbb országban a kezelt aránya csak az érintettek 10 %-át teszi ki.

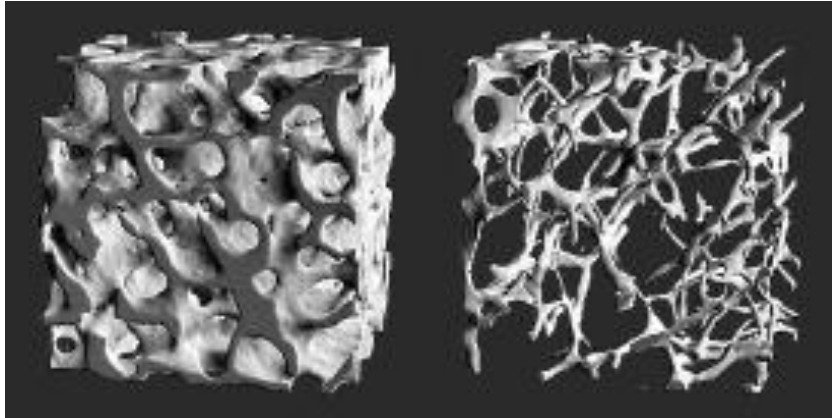
A csontritkulás (orvosi nevén osteoporosis) nemcsak a leggyakoribb csontanyagcsere-betegség, hanem– elsősorban a combnyak-törések révén– számos idő előtti halálesetért is felelős. A

combnyaktörést követő egy évben a halálozás aránya ma is 12-20% a szövődmények következtében.(Kollai, 1995)

Osteoporosis

Az osteoporosis szó szerint lyukacsos, szivacsos csontot jelent. A korábban életerős, robusztus csontok fokozatosan elvékonyodnak, belsejük lágy és szivacsos lesz, ennek eredményeképpen könnyen törnek.

1. ábra



Hogyan alakul ki az osteoporosis?

A normális csontok erő és vastagság tekintetében kb. 35 éves korig állandóan nőnek. Ekkor a folyamat fokozatosan megfordul, és minden évben kis mennyiségű csontot veszítünk. Ez a veszély a nőknél a menopausa után felgyorsul, és 7–15 éven át tart. Amikor a kockázati tényezők megjelennek, a csontvesztés folyamata felgyorsul, és csontritkulás alakulhat ki. Noha általában az idősebb nők betegségének tekintették, az érintettek 20 %-a férfi.

A csontritkulást az idézi elő, hogy megcsappan a csontszövet mennyisége. Nemcsak ásványi, hanem szerves anyagból is kevesebb lesz a csontban, úgyhogy a megmaradó csontszövetben az ásványi és a szerves anyag aránya nem változik. Ez természetesen kóros folyamat, még akkor is, ha az öregedés folyamán elkerülhetetlenül csökken a csont sűrűsége és ekképp tömege. Rendesen ugyanis a csont felszívódása és újraképződése egyensúlyban van egymással. A többi szövethez hasonlóan a csont is állandóan átépül, megújul, s ebben minden pillanatban a csontváz teljes tömegének körülbelül a 10 %-a vesz részt. Egy-egy ponton mintegy száz napra van szükség a csontszövet teljes megújulásához.

Ez a folyamat azzal kezdődik, hogy a mellékpajzsmirigy termelte parathormonra és az 1,25-dihidroxi-kolekalciferolra fogékony elősejtekből csontfaló sejtek alakulnak ki, s azok egy kis lyukat „rágnak” a csontba. Ezután az aktiválódó csontképző sejtek veszik át tőlük a terepet, amelyek először csontszerkezet nélküli szervesanyag-tömeget hoznak létre, s az fokozatosan kitölti a kis üreget. Közben ásványi anyag (kalcium és foszfor) kezd beépülni a szerves anyagba, s a kétféle (szerves és szervesetlen) anyagból kialakul a csontszövet szabályos mikroszkópos szerkezete.

A különböző életkorokban más-más arányban képződik és szívódik fel a csont. A gyermekkorban a csontépítés felülmúlja a lebontást, így a csontok nagyobbak lesznek. A fiatal felnőttkorban a csontépítés és -lebontás egyensúlyban van, míg az öregedés folyamán az utóbbi folyamat kerül előtérbe, s ennek következtében a csontok egy kissé „összemennek”. A csont sűrűségének a megcsappanása azután csontritkulásra vezet, s ennek két típusát különítette el az egyesült államokbeli Mayo Klinikán dolgozó B. L. Riggs. I-es típusúnak azt nevezte el, amely a változás korával (a menopausával) kapcsolatos, míg a II-es típus az öregedés következménye. Az előbbi jobbra a nők betegsége (6:1 a nők és a férfiak aránya), míg az utóbbira kisebb női többség (2:1 arány) jellemző. De

a két típus a tekintetben is eltér egymástól, hogy az I-es típus esetén eleinte fokozottan apad a csonttömeg, elsősorban a csontgerendázat szerkezete gyengül meg, a csigolyákon kívül az orsócsont alsó része hajlamos törésre, s csekély a vérben a parathormon mennyisége. A II-es típusú csonttritkulás esetén lassan, folyamatosan fogy a csonttömeg, a csontgerendázattal egyidejűleg a tömör csont is ritkul, leginkább a csigolyák és a combcsontok hajlamosak törésre, s a parathormonnak magas a szintje a vérben. Az I-es típus a nőknél a havi vérzés végleges elmaradásakor (úgy az 53. életév táján) válik szembeszökővé, amikor megcsappan testükben az oestrogen termelése, s a kezdeti gyors csontfogyás után a II-es típusúval párhuzamossá válik a csont sűrűségének apadása.

Az osteoporosisok felosztása

1. Primer osteoporosis oka nem ismeretes, megjelenési formái:

- senilis,
- praesenilis,
- juvenilis.

2. Secunder osteoporosis körülírt betegség következményeként alakul ki (pl.: oestrogen- ill. androgen hiány, alkoholizmus, diabetes, idült veseelégtelenség, immobilizáció, idült gyomor- és bélbetegségek, felszívódási zavarok).

3. Postmenopausás osteoporosis oka oestrogenhiány, szövődménye a kompressziós csigolyatörés.

Az osteoporosis rizikófaktorai:

- női nem,
- idős életkor,
- fehér rassz,
- alacsony testtömeg, vagy nagyfokú (10%-ot meghaladó) testtömeg vesztes,
- pozitív családi anamnézis,
- anamnézisben csonttörés,
- alultápláltság,
- dohányzás,
- immobilizáció,
- anamnézisben szervtranszplantáció,
- thyroxinkezelés, glucocorticoid túltermelés
- feltételezhetően: alkohol, koffein, késői menarche, korai menopausa, rheumatoid arthritis, gyógyszerek (heparin, kumarinok, theophyllinek, diuretikumok),
- férfiak életkora,
- alacsony testtömeg,
- krónikus szervi betegségek,
- kisebb csontdenzitás,
- kalciumhiányos táplálkozás,
- idült gyomor- és bélbetegségek, felszívódási zavarok.

Az osteoporosis általános tünetei:

- gerinc és hát tájéki fájdalom,
- izomspazmus,
- testmagasság csökkenés,
- hasi fájdalom organikus eredetű megbetegedés nélkül,
- nem traumás csonttörés,
- a gerinc fiziológiás görbületeinek, megváltozása (fokozott kyphosis, elsimult lumbalis lordosis, has előreesik, Michaelis rombus lelapul),
- testtartás megváltozása, súlypont áthelyeződése,
- hasfal megereszkedése,
- bordaívek és csípőlapátok közötti távolság csökkenése.

A csonttritkulást “néma járványnak” is szokták nevezni, mivel nem ritkán az első tünet, ami a beteget orvoshoz irányítja, az maga a csonttörés. A csonttörések a csigolyatestek mellett a

csípőtájékon (combnyaktörések, tomportáji törések), a csukló és a felkar környékén következnek be, így létrejöttük nagy fájdalommal és többnyire a végtag alakváltozásával, duzzanatával jár. A csípőtáji törések gyakran a végtag rövidülését eredményezik, miközben az kifelé fordul. Mozgatásra, de többnyire nyugalomban is heves fájdalmat érez a páciens. (Mándy, 1994)

A csigolyatestek törése (2. ábra) bekövetkezhet emelésre, rossz mozdulatra, fenékre eséskor, de bekövetkezhet köhögésre, tüsszentésre, esetleg spontán is. Magyarországon évente mintegy 30-40 ezer törés történik.

2. ábra



A csonttritkulás prevenciója

A prevenció nem csupán a kritikus életkorok időszakára vonatkozik, hanem a születés pillanatától kezdődő folyamat.

Primer prevenció

Az egészséges életmódra nevelés eredményeként a csúcs csonttömeg kifejlődése, és a csonttömeg megőrzése biztosítható.

Fiatal korban fontos a magas „csúcs csonttömeg” kialakítása. A lányok növekedése 15-17, a fiúk 17-19 éves korig tart, de a csúcs csonttömeg kialakulása csak 25-30 éves korra tehető. Az életmódbeli tényezők közül jelentős szerepe van a táplálkozásnak. A megfelelő kalcium és D-vitamin ellátottság a fiatal korosztály kardinális kérdése. Első helyen az étkezést kell megemlítenünk, mert szervezetünkbe a táplálékkal jutnak be azok az ásványi anyagok, amelyek elengedhetetlenek az egészséges csontfejlődéshez. Fontos szabály, hogy naponta legalább 1000 milligramm kalcium jusson be a gyermek szervezetébe (ennyi kalcium körülbelül 1,2 liter tejben van), mert ekképp nincs akadálya annak, hogy csonttömege elérje a testmagasságához viszonyított legnagyobb értéket. Hasonlóképpen sok kalciumra van szükségük a változás korán túl levő nőknek is; nekik napi 1200–1500 milligrammnyit ajánlanak az orvosok és a dietetikusok.

A civilizáció, divatirányzatok, vallási, táplálkozási és egyéb irányzatok jelentősen befolyásolják táplálkozási szokásainkat. A divatfogyókúrák elégtelen kalcium- és vitaminbevitt eredményeznek.

Az egészséges csontozat kialakításának és megtartásának alapvető feltétele, hogy szervezetünk ne szenvedjen hiányt a szükséges tápanyagokból.

Azzal a legtöbben tisztában vannak, hogy a csontok felépítéséhez a kalcium elengedhetetlenül szükséges, s azzal is, hogy legjobb forrásának a tej és tejtermékek tekinthetők. Azt viszont már sokkal kevesebben tudják, hogy milyen anyagok segítik, illetve gátolják a kalcium hasznosulását szervezetünkben, mely élelmiszerek, élelmi anyagok fogyasztásával biztosíthatjuk a megfelelő mennyiségű kalcium felszívódását és beépülését a csontokba.

1. táblázat

Néhány élelmiszer kalciumtartalma (10 dkg élelmiszer kalciumtartalma mg-ban)

Tej	120	Metélőhagyma	165
Joghurt	150	Savanyúkáposzta, karalábé	50
Túró	70	Málna	40
Sajt	600-800	Narancs	30
Rozskenyér, tészta	20	Olajos hal	270
Rizs, zsemle	25	Heck	69
Kelkáposzta	110	Olajos magvak	200-300
Brokkoli	65	Ásványvíz	20-35

Tej, tejtermékek, tejkészítmények

A tej és a tejtermékek rendszeres napi fogyasztása nemcsak azért szükséges, mert jelentős a kalciumtartalmuk, hanem mert ez a kalcium igen jól hasznosul is. A tejben a tejcukor, a savanyított tejkészítményekben, így a joghurtban és kefirben pedig a tejsav segíti a kalcium felszívódását. A tejben és a legtöbb tejtermékben a kalcium mennyisége kissé meghaladja a foszforét. Ez igen kedvező, mert bár bizonyos mennyiségű foszforra szükségünk van a csontjaink felépítéséhez, valamint más életfolyamatokhoz, a foszfor túlsúlya rontja a kalcium hasznosulását. A probiotikus tejsavbaktériumokat tartalmazó joghurtok fogyasztása azért ajánlatos, mert az előbb említett kedvező hatásokon túl ezek a speciális baktériumok hozzájárulnak az egészséges bélflóra kialakításához, a tápanyagok jobb felszívódásához, s így a kalcium hasznosulása is jobb lesz.

A sajtokban a kalcium mennyisége különösen sok, hiszen a sajtok a tej legtöbb tápanyagát koncentráltan tartalmazzák. Az egyes sajtféleségek kalciumtartalma hatszor-hétszer több, mint a tejé. A gyártók gondolnak a tejcukor érzékenyekre is, ők a laktózmentes tej és a hamarosan az üzletekbe kerülő laktózmentes joghurtok fogyasztásával biztosíthatják a szervezetük számára szükséges kalciumot.

Zöldségfélék, gyümölcsök, olajos magvak

A zöldségfélék, gyümölcsök kalciumtartalma elmarad a tej és tejtermékek mögött, mégsem szabad elhanyagolni őket étrendünk kialakításakor. Jelentős magnéziumtartalmuk ugyanis szintén hozzájárul az erős csontozat kialakításához. Élelmi rostjaik pedig a jó bélműködést segítik. Egyes zöldségféléknél, például spenótnál, sósoknál, rebarbaralevélnél számolni kell azzal, hogy magas oxálsavtartalmuk gátolja a kalcium hasznosulását.

Az olajos magvak, pl. a dió, a mogyoró a mandula, a mák, a napraforgómag, a pisztácia, valamint a hüvelyes zöldségfélék, pl. a lencse, a szárazbab, szárazborsó, szója szintén jó kalciumforrások. 100 grammonként körülbelül annyi kalciumot tartalmaznak, mint a tej és tejtermékek, magnéziumtartalmuk pedig jóval meghaladja azt.

Húsok, húskészítmények

A húsipari készítményeknél elterjedt az engedélyezett foszfátadalékok használata, amelyek a húsok amúgy is elég magas foszfortartalmát tovább növelik. 10 dkg hússal a napi foszforigény harmadrészét megesszük, a húskészítmények fogyasztásával pedig ennél jóval többet. Ez nem azt jelenti, hogy kerülni kell a húsok, húskészítmények fogyasztását, csak azt, hogy nem szabad túlzásokba esni. A halak, különösen a tengeri halak magas fluortartalma növeli a csontok és a fogak szilárdságát.

Alkoholos és alkoholmentes italok

Az alkohol számos olyan élettani és anyagcsere-folyamatot megzavar, amelyek a kalcium csontokba való beépülését elősegítenék. Ezért a túlzott alkoholfogyasztás elősegíti a csonttrikulás kialakulását. Az üdítőitalok között a nagy foszfortartalmúak ugyancsak kedvezőtlenül hatnak a kalcium hasznosulására. Ezért olyan helytelen az a gyakorlat, hogy az iskolai büfékben a gyerekek tízóraira nem tejet, hanem szénsavas üdítőitalokat vásárolnak. Nem arról van szó, hogy alkalmanként ne fogyaszthatnánk ezeket is, hanem arról, hogy a rendszeresen és a tej helyett is fogyasztott üdítőitalok nem jó kalciumforrások, sőt egyes fajtáik nehezítik a kalcium beépülését.

Az ásványvizek közül a kalcium-magnézium-hidrogén-karbonátos vizek jelentős szerepet tölthetnek be a szervezet kalciummal való ellátásában. A mérsékelt ásványanyag-tartalmú (500-1000 mg/l) vizek a legjobbak az ivóvízként való fogyasztás szempontjából. Ezeket a vizeket korlátozás nélkül bárkinek ajánlani lehet, hiszen kedvező összetételű, garantált minőségű, tiszta, természetes vizek. Jók a közepes ásványianyag-tartalmú (1000-1500 mg/l) vizek is, azzal a megjegyzéssel, hogy kalciumos kőképződésre hajlamos személyeknek már nem (vagy csak mennyiségi korlátozással) ajánlhatók. Fokozott mészbevitel igénye esetén, terhesség, szoptatás, stb. viszont fogyasztásuk kifejezetten kívánatos. Ezek a vizek a kalcium mellett jelentős mennyiségű fluort is tartalmaznak. A fluor megfelelő kalciumbevitel mellett ugyancsak hozzájárul az erős csontok és fogak kialakulásához, illetve minél hosszabb időn keresztül való megtartásához.

A fizikai aktivitásnak is nagy szerepe van az osteoporosis megelőzésében, elősegíti a csonttömeg kialakulását és fenntartását. A csontok nem erősödnek és nem vastagodnak rendszeres, súlyt hordozó testmozgás nélkül – mint amilyen például a gyaloglás. Ásványi anyagaik visszatartása érdekében a csontoknak nyomásra, húzásra, tolásra és súly ellenében érvényesülő csavarásra van szükségük. A primer mozgásprevenció feladata az optimális fizikai terhelés biztosítása a maximálisan elérhető csonttömeg felépítéséhez. Az elért csonttömeg lehetőség szerinti megtartásában a gerinc számára nagyobb terhelést jelentő mozgásformáknak van szerepe, mint a futás, tenisz, síelés. A postprimer mozgás prevenció nőknél 20-30 éves kortól 45-50 éves korig, a maximális csonttömeg kialakulásától a praeme-nopausáig tart. Legalább napi egy óra testedzés a gerinc és a medence csonttömegét növeli.

Szekunder prevenció

A cél a veszélyeztetett gyors csontvesztők, a rizikócsoporthoz tartozó egyének kiszűrése és korai kezelése. A legfontosabb a rendszeres osteoporosis szűrővizsgálatokon való részvétel. A fokozottan veszélyeztetettek kiszűrése a családorvos, a szűrőállomás és a nőgyógyászati szakrendelés feladata. Az utóbbi években elterjedt osteodensitometriás eljárások lehetővé tették a még tünetmentes osteoporosis diagnosztizálását, a veszélyeztetett populáció szűrését.

Tercier prevenció

A már kialakult osteoporosis következményeinek megelőzése, a betegség további romlásának és a rokkantságnak megelőzése. (Bossányi, 1995, Gergely, 1992)

Eszközei:

- munka és pszichoterápia,
- segédeszköz ellátás,
- biztonságos otthon kialakítása,
- gyógytorna, tercier mozgásprevenció (gyógytornász állítja össze, egyéni vagy kiscsoportos formában lehet megvalósítani),
- fizioterápia,
- gyógyszerek: fájdalomcsillapítók, izomlazítók, antiporotikus gyógyszerek.

Az osteoporosisban alkalmazott vizsgálati módszerek

1. Fizikális vizsgálat

Az osteoporosisos betegek vizsgálatában kiemelt figyelmet fordítunk a testmagasság csökkenésének, a fokozott háti görbületnek, a bordaív és csípőlapát közötti távolság csökkenésének, eltűnésének. A csigolyatest törések következtében csökken a testmagasság, a hasfal megereszkedik, gyakran hasi panaszok jelentkeznek. A háton bőrrödő jöhet létre fenyőágszerűen. A meggörbült háti rész ellen nyakát felemelve védekezik a beteg, gyakran csípőjét, térdét is hajlítja, hogy kompenzálja az

olykor igen kifejezett háti görbületet. Eközben változik a test súlyvonala, és az egyébként is fokozott csonttörékenységgel együtt megnő az elesés veszélye is.

2. Biokémiai vizsgálatok

Igen fontos a labordiagnosztika szerepe, különös tekintettel az elkülönítő diagnosztika kémiai vizsgálatokra.

3. A csontok ásványi anyag tartalmának mérésére alkalmas vizsgálati módszerek:

- klasszikus rtg felvételek: osteoporosis diagnózisát felállítani nem ezzel kell, de elengedhetetlen a metabolikus csont-betegségek, törések, és az osteoporosist utánzó betegségek diagnosztizálásában,
- foton absorptiometria-izotóppal (SPA),
- foton absorptiometria röntgennel (SXA),
- kettősenergiájú röntgenfoton absorptio-metria (DEXA),
- kvantitatív számítógépes tomográfia (QCT, pQCT): A QCT volumetriás csontmérést tesz lehetővé, magas az ára, ezért mindennapi diagnosztikában nem elterjedt. A pQCT perifériás csontokon alkalmazható.

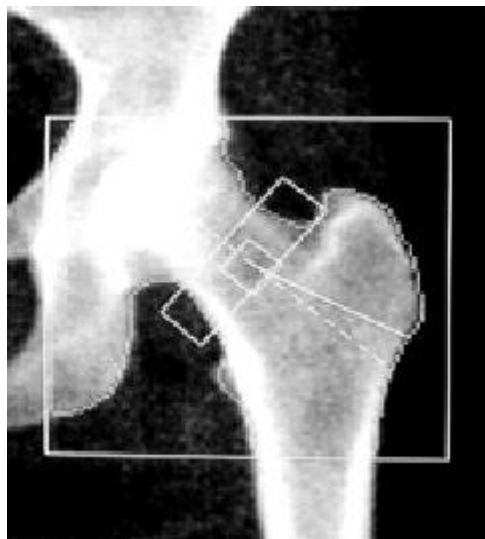
4. Ultrahangos csontvizsgálat, csonttömeg és csontszerkezet mérés: A csontok kvantitatív ultrahang vizsgálatát (QUS) olyan perifériás csontokon végzik, ahol trabekuláris állomány bőven található (sarokcsont, patella, kézujjak). Ionizáló sugárzásmentes, olcsó és mobilis.

5. Mágneses magrezonancián alapuló csontmérés.

6. Csontsűrűségmérés.

A csontsűrűség mérésekor (osteoden-sitometria, ODM) a csontokon áthaladó röntgensugár energiájának egy része elnyelődik, ami pedig áthatol a testen, azt az érzékelők felfogják. Minél sűrűbbek a csontok (a nagyobb ásványianyag-tartalom miatt), annál nagyobb energia nyelődik el, és annál kevesebb energiát fognak fel az érzékelők. (3. ábra) (Horváth et al., 1996, Szűcs, 1995)

3. ábra



Osteoporosis szűrés

1995-ben kidolgozásra került a Nemzeti Osteoporosis Program, melynek fő célkitűzése a hazai helyzet felmérése, a csonttritkulás minél szélesebb körű felismerése és kezelése, a késői szövődmények kialakulásának megakadályozása. A program keretén belül létrejött a két Országos Osteoporosis Központ, és az egész országot behálózó 10 regionális és 90 lokális központ. Fontos feladata a háziorvosoknak, hogy munkájukkal kapcsolódjanak a központok működéséhez, hiszen elsősorban ők tudják kiszűrni a lakosság köréből a veszélyeztetetteket. Mivel óvatos becslések szerint a hazai csonttritkulásos betegek száma elérheti az 1 milliót is, a gondozásban a háziorvosoknak is tevékenyen részt kell vállalni. Természetesen az újonnan felismert betegek kivizsgálása és a kezelés beállítása jelenleg a kiépült szakorvosi rendszer feladata.

Az osteoporosis tekintetében elsősorban a nők, ezen belül is a perimenopausában lévő veszélyeztetettek. Ezért a nők közül a 45 év felettieket vizsgáltuk. A férfiaknál későbbi életkorban

jelentkezik az osteoporosis. Közülük a 60 évet betöltötteket vizsgáltuk. A számukra kinyomtatott beutalót postai úton továbbítjuk. Előjegyzési időpontot kaptak az osteodensitometriás, vagy a körzeti orvosi vizsgálatra. Eredményüket elsőként a háziorvos értékeli és szükség szerint az osteoporosis szakambulanciára irányítja a rászorulókat. Ez különösen fontos a gyógyszeres kezelés beállítása miatt, mivel az érvényben lévő rendeletek alapján így 90%-os TB támogatással juthatnak a gyógyszerhez a betegek.

Egészségnevelés

Napjainkban a gyermekek, serdülők számos olyan kockázati tényezőnek vannak kitéve, amelyek hozzájárulnak ahhoz, hogy alacsony csonttömegük alakuljon ki. Ehhez az iskolai túlterhelés mellett mozgáshiányos életmódjuk, a hosszas TV és számítógép használat is hozzájárul. Gyenge hátizomzatuk következtében testtartásuk jellegzetes.

Már születéstől kezdve biztosítani kell a csontépítő sejtek folyamatos ingerét a megfelelő mozgással, és ezáltal azok képesek csontot építeni. Emellett a kalcium bevitele is létfontosságú.

A sportok közül olyanok ajánlatosak, amelyek a gerincet axiálisan (függőlegesen) terhelik, ilyen pl. a kosárlabda, röplabda, kézilabda, futás, torna. (Az úszás inkább az izomzatra és az általános kondícióra fejti ki jótékony hatását, rendkívül egészséges, de fiataloknál inkább az előzőek ajánlatosak.)

A táplálékokban sok a tartósítószer, és emellett kiemелendő a magas foszfáttartalmú szénsavas üdítők elterjedése is. Elvértve látunk olyan családot, akik ne tartanának otthon ilyen termékeket. A civilizáció és anyagi jólét fokozódásával ennek gyakorisága egyre nő. Problémát jelent a gyorséttermek által kínált táplálék is, amely kalciumszegénysége mellett foszfátban igen gazdag.

A fiataalkori csúcs csonttömeg kialakulását és az azt követő csontvesztés mértékét mintegy 70-80 %-ban szüleinktől kapott génjeink, a fennmaradó 20-30 %-ban egyéb kockázati tényezők befolyásolják. Ez a rész tudatos (és egészséges!) életmóddal befolyásolható.

A rendszeres testmozgás több okból is előnyös az emberi szervezet számára. Kedvező hatással van a szív- és érrendszerre, a légzőrendszerre, az izmokra és az általános kondícióra, immunrendszerre egyaránt. A mozgás segít a csontképzésben. A tartós mozgáshiány (pl. hónapokon át tartó fekvés) csontbontó hatású. A mozgások közül a röplabda, kosárlabda, kézilabda, táncok, aerobik, fitness, futás, kocogás, koordinált súlyemelés egyaránt ajánlottak. Az életkor előrehaladtával a gyors séta, gyógytornász által betanított gyógytorna javasolt. Nagyon fontos a napi rendszeresség és a mozgás szeretete. A kondíció javulása, a panaszok csökkenése gyakran már pár hét rendszeres torna után érezhető. Az osteoporosis terápiájának szerves eleme a torna, így a gyógyszeres kezelés mellett nélkülözhetetlen.

Fontos a betegek tájékoztatása arról is, hogy a kialakult osteoporosis esetében milyen módon csökkenthetik a csonttörésekhez vezető környezeti kockázati tényezőket. (ld: Melléklet)

A szűrővizsgálatok általánossá tehetőek akár egész Magyarország területén. Így egyre több beteg kerülhet felismerésre és kezelésre, és megakadályozhatóak a csonttörésekkel járó súlyos szövődmények, melyek a betegek életminőségét rontják, és a társadalom számára jelentős kiadással járnak.

Melléklet

Betegtájékoztató

A rendszeres testmozgás több okból is előnyös az emberi szervezet számára. Kedvező hatással van a szív- és érrendszerre, a légzőrendszerre, az izmokra és az általános kondícióra, immunrendszerre egyaránt. A csontépítő sejtek fontos ingere a mozgás, ezek közül is a gerincet függőleges irányban erő terhelés. A mozgás segít a csontképzésben. A tartós mozgáshiány (pl. a hónapokon át tartó fekvés) csontbontó hatású.

A mozgások közül a röplabda, kosárlabda, kézilabda, táncok, aerobik, fitness, futás, kocogás, koordinált súlyemelés egyaránt ajánlottak. Az életkor előrehaladtával a gyors séta, gyógytornász által betanított gyógytorna javasolt. Nagyon fontos a napi rendszeresség és a mozgás szeretete. A kondíció

javulása, a panaszok csökkenése gyakran már pár hét rendszeres torna után érezhető. Az osteoporosis terápiájának szerves eleme a torna, így a gyógyszeres kezelés mellett nélkülözhetetlen!

Nagyon fontos a lakás megfelelő berendezése, mivel a balesetek többsége otthon történik, ahol az emberek életük nagy részét eltöltik. A lakás egyes részeinek apró megváltoztatásával (amelyek pénzt nem igényelnek) a törések számának csökkenését érhetjük el.

Fürdőszoba

- Használjon csúszásmentes gumiszőnyeget a kádban, kapaszkodókat a kád és zuhany közelében!
- Teremtse csúszásmentes talajt fürdőszobájában, a talaj nedvesedése esetén rögtön törölje fel azt!
- Legyen jó a világítás!

Hálósza

- Helyezzen villanykapcsolót ágya közelébe!
- Rejtse el a telefonzsinórt és egyéb kábeleket, nehogy elessen bennük!
- Legyen ágya közelében telefonkészülék, hogy segítséget tudjon hívni, ha rászorul!
- Rögzítse a szőnyeget a padlóhoz! Ne használjon sok apró szőnyeget!
- Ne legyen túl nagy a szőnyeg bolyha!
- Legyen megvilágítva éjszaka a hálószaából a fürdőszobába vezető út!
- Tartson elemlámpát ágya mellett áramszünet esetére! Próbálja ki az elem tartósságát havonta!
- Legyen tágas tere a közlekedés számára, mivel ebben a helyiségben a legnagyobb az esély az elesésre!

Konyha

- Rendezze be konyháját komfortosan! Figyeljen arra, hogy mindent könnyen elérjen!
- Ne használjon padlóviaszt vagy más, csúszást lehetővé tevő padlófényezőt!
- Ha nedves lenne a padló, azonnal törölje fel!
- Kerülje a szőnyeget a konyhában!
- Biztosítson a járúhoz megfelelő utat! Ne pakolja feleslegesen tele a konyhabútort!
- Vigyázzon a forró, lobogó vízzel, meleg ételekkel!
- Egyszerre és hirtelen ne emeljen nagyot!

Lépcsők

- Világítsa meg az alsó és a felső lépcsőt!
- A lépcsőket ne viaszolja! A lépcsőre ragasszon csúszásgátlót, amelyet erősítsen a lépcsőhöz! Ennek anyaga legyen filc vagy szőnyegkárpit!
- Legyen korlát a lépcső mindkét oldalán!
- A lépcső mérete legyen olyan, hogy kényelmes haladást biztosítson!

Praktikus tanácsok

- Az élelmiszerboltban a bevásárlókocsi segít az egyensúly megőrzésében, kapaszkodója jól használható!
- Kerülje a túlzott alkoholfogyasztást!
- Ne viseljen hosszú hálóinget, kabátot, ruhát!
- Viseljen rugalmas, csúszásmentes talpú, bokát jól rögzítő, kényelmes lábbelit! A magas sarkú cipő viselését kerülje!
- Mindig ossza meg a terhet, és ne emeljen hirtelen!
- Ágyból való felkelés után üljön néhány percet az ágy szélénél, azután induljon el!
- Csökkent látását és hallását gyógyíttassa!
- Beszéljen kezelőorvosával, ha szédül, esetleg olyan gyógyszert szed, ami ezt kiválthatja!
- Figyeljen oda vérnyomása stabilitására!
- Figyeljen arra, hogy milyen altatót szed, új altató szedése esetén figyeljen oda a szédülésre!
- Ha járása bizonytalan, nehézséget okoz, kérjen segédeszközt!

Irodalomjegyzék

1. Bossányi A.: A csonttritkulás megelőzése. Praxis. 1995. 4. 41-45.
2. Chesnut, C. H.: Az osteoporosis kezelése. Praxis, 1992. 2: 10-12.

3. Farkas M.: Az osteoporosis rizikótényezői, epidemiológiája, diagnosztikája és kezelése. Medicus Universalis. 1995. 28. 3-14.
4. Gergely I.: Az osteoporosis preventio és terápia mai szemlélete. Gyógyszereink. 1992. 42. 152-169.
5. Gergely I.: Dohányzás és csonttrikulás. Egészségnevelés. 1994. 35. 23-24.
6. Holló I., Szatmár M.: Osteoporosis. Spinger Hungarica Kiadó Kft. 1994.
7. Holló I.: Az osteoporosisra vonatkozó legfontosabb ismeretek vázlata. Orvosi Hetilap. 1995. 136. 459-462.
8. Horváth Cs., Kollin É., Holló I., Berkő P., Halász K.: A Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság módszertani ajánlása az osteoporosis és az anyagcsere-csontbetegségek diagnosztikájára. Orvosi Hetilap 1996. 137: 2633-2636.
9. Kollai B.: Hogyan mondjam el, hogy mi az az osteoporosis? Praxis. 1995. 49. 51-53.
10. Lakatos P.: Osteoporosis, osteomalacia, hyperpara-thyreosis a gyakorlatban. Budapest 1994.
11. Mándy F.: Az osteoporosisos betegek csípőtáji törései és műtéti kezelésük. Praxis. 1994. 3. 3-7.
12. Pap K., Kornafeld J., Sipos A., Horváth k., Szőke J., Mocsári P.: Az osteoporosis rizikótényezőinek diagnosztikus értéke. Magyar Reumatológia 1995. 36. 73-76.
13. Poór Gy., Holló I., és a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság vezetősége: A Nemzeti Osteoporosis Program irányelvei. Orvosi Hetilap 1995. 136. 2913-2918.
14. Szűcs J.: A primer osteoporosis diagnosztikája és kezelése. Lege Artes Medicinae. 1995. 5. 538-543.
15. Talpag M.: A Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság II. Kongresszusa: Keszthely, 1993. okt. 8-10. Medicus Universalis. 1994. 27. 186.

[Vissza a tartalomhoz](#)

MagyarÁpolástudományi Társaság rovata

Amit minden egészségügyi dolgozónak ismerni illik a felnőtt újraélesztés legújabb európai irányelveiről

Betlehem József

*főiskolai docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Klinikai és Ápolástudományi
Intézet, Ápolástudományi és Sürgősségi Ellátási Tanszék, Pécs*

Puskás Tivadar dr.

*főiskolai docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Klinikai és
Ápolástudományi Intézet, Ápolástudományi és Sürgősségi Ellátási Tanszék, Szombathely
mentőszervezet szakmai vezető, Országos Mentőszolgálat Nyugat-Magyarországi Régió, Szombathely*

Nagy Gábor dr.

*főiskolai tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Klinikai és
Ápolástudományi Intézet, Ápolástudományi és Sürgősségi Ellátási Tanszék, Pécs*

Marton József

*főiskolai tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Klinikai és
Ápolástudományi Intézet, Ápolástudományi és Sürgősségi Ellátási Tanszék, Pécs*

Galbavi Mónika

szakmai tanácsadó, IPSEN Magyarországi Képviselő, Budapest

Összefoglaló

A cikk célja, hogy felhívja valamennyi egészségügyi dolgozó figyelmét arra, hogy 2005-ben az Európai Újraélesztési Társaság új irányelvet fogadott el az alapfokú (BLS) és kiterjesztett újraélesztés (ALS) kapcsán.

A szerzők a közleményben kiemelik a 2000-ben kiadott és hazánkban is alkalmazott európai újraélesztési irányelvekhez képest bevezetésre kerülő változásokat, hangsúlyozva, hogy az eljárások csak többszöri és folyamatos gyakorlással végezhetők hatásosan.

A szerzők kitérnek a változásokat megalapozó nemzetközi irodalomra és a tárgyban végzett kutatások eredményeire. Utalást tesznek arra is, hogy a széles szakdolgozói társadalom miként hasznosíthatja saját gyakorlatában az új ismereteket.

Bevezetés

Az egészségügyben a bizonyítékok keresése és az arra alapozott ellátás megvalósítása nem került el az újraélesztés területét sem, ráirányítva ezzel a figyelmet arra, hogy a jelenlegi tudásunk alapján alkalmazott újraélesztési módszerek és eljárások az újabb ismeretek tükrében fejleszthetők és fejlesztendők.

A szakszerű újraélesztés, az elsősegélynyújtás kiemelt fontosságú területeként, az elmúlt években egyre nagyobb hangsúlyt kapott Európa szerte és a világ fejlett országaiban. Az első széles alapokon nyugvó szervezett gondolkodás az elmúlt 15 évre tekint vissza leginkább, melynek a legfőbb letéteményese az Újraélesztés Nemzetközi Kapcsolatainak Bizottsága (International Liaison Committee on Resuscitation - ILCOR) volt. Miként a nevéből is látszik nemzetközi alapokon alakult meg a bizottság 1990-ben Utsteinben (Norvégia), olyan meghatározó alapító szervezetekkel, mint az Amerikai Szív Egyesület (American Heart Association - AHA), az Európai Újraélesztési Bizottság (European Resuscitation Council – ERC), a Kanadai Szív és Stroke Alapítvány (Heart and Stroke Foundation of Canada - HSFA), az Ausztrál Újraélesztési Bizottság (Australian Resuscitation Council – ARC). A bizottság célja az volt, hogy az újraélesztés során használt fogalmakat pontosítsa, egységes álláspontot alakítson ki a szakmai irányelveket illetően (Chamberlain, 2005). Az első egységes szerkezetű nemzetközi irányelvet 2000-ben adta ki az Európai Újraélesztési Tanács (ERC, 2000) az ILCOR-ral közösen egyeztetve, mely az újraélesztés közös gyakorlatának és oktatásának megvalósulását kívánta szolgálni (Colquhoun & Nolan, 2005). Az ILCOR hosszas szakmai előkészítő munkát követően 2005-ben kidolgozta azokat az alapelveket, mely alapján az Európai Újraélesztési Tanács a korábbi irányelvet megújította, mind a felnőtt, mind az újszülött, valamint a gyermek reanimáció területén. A változások nemcsak az eszköz nélküli alapfokú újraélesztés algoritmusát érintették, hanem a kiterjesztett eszközös irányelvekben is némi módosulást hoztak. (ERC, 2005). A korábbi (2000) európai újraélesztési ajánlás adaptálása hazánkban is megtörtént (Puskás (szerk.), 2001), melyet átdolgozott formában az időközben létrejött Magyar Resuscitatio Társaság is közzé tett (Tóth, et al., 2004; Diószeghy, et al., 2005). Jelen cikkünkben a 2000. évi felnőtt újraélesztési ajánláshoz képest bekövetkezett változásokra térünk ki, elősegítve ezzel az egészségügyi szakdolgozók szélesebb tájékozottságát a témában.

Alapvető változások az újraélesztés európai irányelveiben

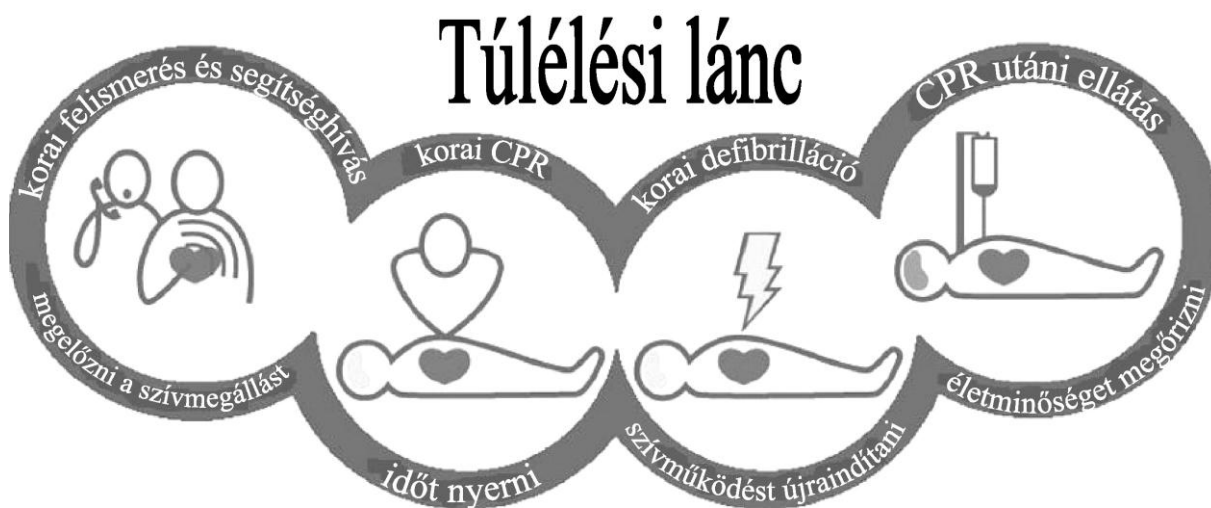
Közismert tény és számos hazai szerző (Betlehem, 1998, 1999; Szaák, 1998) is rámutatott már arra, hogy a nem orvos egészségügyi dolgozók ismeretei sokszor hiányosak még az alapvető eszköz nélküli újraélesztés terén is. A hiányok kiküszöbölésének alapvető feltétele, hogy az újraélesztés metodikájában bekövetkező változásokat valamennyi szakember elméleti és gyakorlati szinten is megismerje, és azt követően legyen képes azokat alkalmazni. A 2005-ben bevezetett változásokat a korábbi irányelvhez képest a legfontosabb szempontok alapján értékeljük.

A túlélési lánc

A túlélési lánc mutatja be azokat a tevékenységeket, amelyeket egy keringés és légzés leállás fenyegető állapotában lévő betegnél a túlélés érdekében alkalmazni kell (Nolan, 2005).

A láncolat valamennyi tevékenysége és annak célja továbbra is aktuális, és minél szélesebb körben célszerű a megismertetése.

1. ábra : A túlélési lánc (Nolan, 2005)



A kórházi keringés-légzés leállás megelőzése

Az új irányelv hangsúlyt helyez a kórházban bekövetkező keringés-légzés leállással fenyegető állapotok végzetes kimenetelének megelőzésére. A kórházi ellátás valamennyi színterén egyre nagyobb teher nehezedik az egészségügyi szakemberekre, egyre több feladatot kell megoldaniuk viszonylag rövid idő alatt, sokszor kevés időt szánva a betegek tüneteinek megfelelő észlelésére és értékelésére. A kórházban fekvő betegeknél gyakran atípusos tünetekkel jelentkezhet a keringés-légzés leállás veszélye, mely esetleg más betegségek tüneteivel téveszthető össze, mint pl. tahipnoé, tahikardia, vagy hipotenzió egészen a kollapszusig. Sajnos a rossz kardiorespiratorikus állapotú betegeknél, akiknél a keringés-légzés összeomlásának amúgy is nagy a kockázata, ritkán veszik észre a fenyegető jeleket, és sokszor nem megfelelően történik meg a beavatkozás sem (Kause et al., 2004).

A szívmegeállással fenyegető állapot felismerése

A fenyegető állapot felismerése nem egyszerű feladat. A karotisz pulzus megtapintása nem megbízható jele a keringés meglétének vagy hiányának (Bahr, et al., 1997). Továbbá, nem teljesen biztos az a korábban egyértelműnek kezelt tény sem, hogy a mozgás, légzés vagy köhögés észlelése, diagnosztikailag meghatározó a keringés megléte szempontjából. A gasping és a lassú erőltetett, vagy hangos légzés gyakran jelen szokott lenni egy fenyegető állapot kezdeténél és ezért tévesesen akár megfelelő légzésként észlelik (Soar & Spearpoint, 2005). A keringés-légzés leállással fenyegető állapot megállapítására a légzés hiányának 10 másodpercig szemmel történő figyelése, hallgatása és érzékelése továbbra is a megfelelő eljárás. A nagy klinikai gyakorlati tapasztalattal rendelkező, észlelésben járatos szakemberek ellenőrizhetik a karotisz pulzus meglétét 10 másodpercig párhuzamosan a légzés vizsgálatával, vagy közvetlenül utána (Soar & Spearpoint, 2005).

Mellkas kompressziók

Az új irányelvben a fő fókusz a mellkas kompressziók végzésén van, egészen pontosan az optimális kivitelezés érdekében a kompresszió sorozatok közötti szünet minél tökéletesebb csökkentésére. A mellkas kompressziók technikája gyakran nem megfelelő a sürgősségi és viszonylag hosszú megszakítások miatt (Abella et al., 2005). A kompressziók szüneteltetése után számos újabb kompresszió szükséges ahhoz, hogy a szünet előtti koronária perfúziót el lehessen érni (Kern, et al., 1998).

Az új irányelv azt ajánlja, hogy 30 kompressziót alkalmazzunk két befúvásos lélegeztetési megszakításokkal. A legtöbb esetben a kezdeti két befúvás elhagyható, annak érdekében, hogy több idő jusson a mellkas kompresszió megkezdésére. A mellkason a kompresszióhoz a kezek megfelelő pozícióba helyezését javasolja az ajánlás, úgy, hogy az egyik kéz a mellkas közepére kerüljön, a másik arra rá, ahelyett, hogy hosszabb időt töltenék el a bordaív felkeresésével. Próbáljuk meg elkerülni a szternum alsó részére (kardnyúlvány) és az epigasztriumra történő nyomás kifejtését!

Sokat vitatott kérdés volt hazánkban a mellkas kompressziók kivitelezése során a kéztartás, a kezek helyzete a mellkason (nemzetközi versus hazai gyakorlat), melyben hazai összehasonlító tanulmány is született (Diószeghy, et al., 2003), azonban a jelenlegi ajánlás erre külön nem tér ki.

Lélegeztetés

Ha a beteget lélegeztetjük, egy másodperces belégzési idő elegendő ahhoz, hogy a mellkas emelkedjen, hasonlóan a normál légzéshez (Soar & Spearpoint, 2005), és ez tovább csökkenti a mellkas kompressziók közötti szüneteket. A kezdeti két befúvást nem tartják többé szükségesnek, kivéve azon kevés esetben, amikor vízbe fulladás következett be. A többi esetben a CPR-t a mellkas kompressziókkal kell kezdeni. A legtöbb szakember nem részesíti előnyben a szájból-szájba (Európai Irányelv) lélegeztetést, mert nagy a fertőzés veszély kockázata, vagy visszatartónak találja a helyzetet (Handley, 2005), és technikailag is bonyolultabb. Ha más klinikai indoka is van annak, hogy a szájból-szájba történő lélegeztetés ne történjen meg, a mellkas kompressziók önmagában történő végzése is elegendő, amíg megfelelő eszköz vagy segítség nem érkezik meg. Újraélesztéshez szükséges megfelelő eszközök kórházi körülmények között mindig elérhetőnek kell lenni. Itt jegyezzük meg, hogy hazánkban a szájból-orrba történő lélegeztetést terjedt el általánosan, és egyelőre nem szól semmilyen tudományos érv mellett, hogy ezt változtatni kellene. A lélegeztetés során az egy alkalommal befújt levegő mennyiség az 500-600 ml-t lehetőleg ne haladja, mivel az e fölötti mennyiség nagyobb valószínűséggel okoz gyomorfelfújást szövődményként. Célszerű, ha a lélegeztetés száma a felnőtt normál légzés száma alatt marad.

Defibrilláció

Intézeti körülmények között a defibrillátort, mihelyst lehet, de legalább 3 percen belül alkalmazni kell (Soar & Spearpoint, 2005). A három sokk leadásának elve egy elektroterápiára jól reagáló szívritmus esetén sem ajánlott. Az első elektromos ütést követően a mellkas kompressziók és lélegeztetés haladéktalan megkezdése szükséges 30: 2 arányban, 2 percig. A pulzus (EKG) ellenőrzésére ezután kerül sor, annak érdekében, hogy csökkenjen a vérátáramlás-mentes (no-bloodflow) idő. További elektromos ütés csak 2 perces CPR után válhat szükségessé (Chamberlain, 2005). A javasolt kezdeti energiaszint bifázisos defibrillátor esetén 150-200 J, melyet 150-360 J energiájú ütések követhetnek. (Monofázisos defibrillátor esetén a kezdeti és az azt követő elektromos ütések egyaránt 360 J-lal kerülnek kivitelezésre.) (Deakin et al, 2005).

A további defibrillációt már nem ajánlják, ha az EKG-n bizonytalan aszisztólia vagy apró hullámú kamrafibrilláció észlelhető, mivel kicsi a valószínűsége, hogy olyan ritmussá alakul, mely perfúziót képes fenntartani a koronáriákban. Ezért ekkor a CPR további folytatását javasolják (Soar & Spearpoint, 2005). Egyre több tanulmány említi, hogy az ápolók alapvető feladatai közé kell, hogy tartozzon a félautomata defibrillátort (AED) használata az újraélesztés során (Davies, 2005).

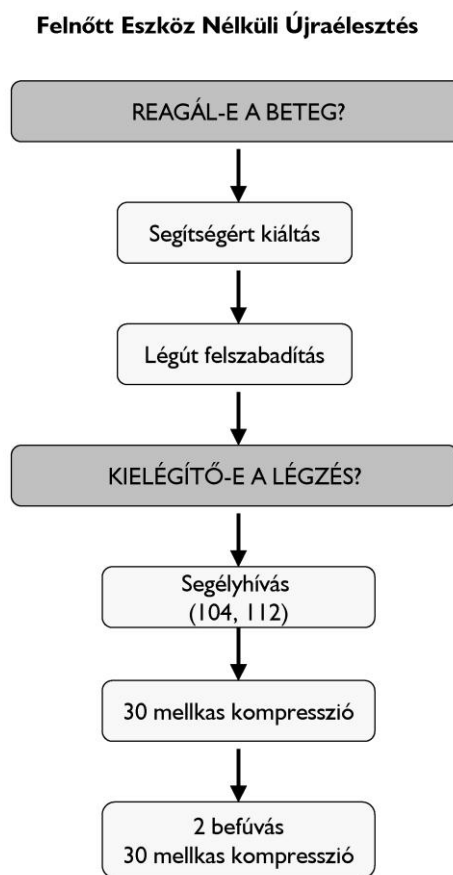
A kiterjesztett újraélesztés gyógyszerei között a leggyakrabban használat Adrenalin (Tonogen) alkalmazása némileg változott. Kamrafibrillációban, kamrai tachikardiában csak a második elektromos ütést követően fennálló ritmuszavar esetén ajánlják alkalmazni. Aszisztóliában és pulzus nélküli

elektromos aktivitásban rögtön adható, amint véna áll rendelkezésre (Deakin et al, 2005). Ezt követően szükség szerint 3-5 percenként ismételt a korábbi dózis.

Az újraélesztés folyamatának tökéletesebb összehangolása és a fáradtság elkerülése érdekében célszerű, ha minden két percben cserélnek az újraélesztést végzők. A defibrillációt követően a mellkas kompressziók azonnali folytatását javasolja az irányelv, ahelyett, hogy a pulzust rögtön ellenőriznénk (Deakin et al, 2005). Ez biztosíthatja leginkább a keringés fenntarthatóságát és az eredményes kimenetelt.

A fenti változások tükrében a 2. ábra szemlélteti a megváltozott felnőtt eszköz nélküli algoritmust, melyet a szakemberek intézeti és intézeten kívüli helyzetekben egyaránt tanácsolnak használni. A beteg észlelésre és a CPR egyéb technikai részleteire jelen írásban nem térünk ki, mivel azok az elvek alapvetően nem változtak.

2. ábra
A felnőtt eszköz nélküli újraélesztés algoritmus (Handley et al, 2005)



Handley et al. nyomán, 2005.

Hazai bevezetés

Remélhetőleg a hazai szakmai szervezetek konszenzussal kialakítják az új irányelv hazánkban használatos formáját, melyet ezt követően hivatalosan is alkalmazhatunk. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy a korábban megtanult, begyakorolt és helyesen alkalmazott eljárás mód hatástalan lenne (Colquhoun & Nolan, 2005). Az a helyes, ha az általunk biztosan ismert és jól begyakorolt eljárást alkalmazzuk, addig, míg az új módszerrel megfelelő gyakorlatot nem szerzünk demonstrációs körülmények között.

Ma már közhelyszámba megy, hogy minden egészségügyi dolgozó erkölcsi és jogi kötelessége az alapfokú újraélesztés készség szintű ismerete és szükség esetén alkalmazási képessége! Ehhez kívántunk segítséget nyújtani a fenti figyelemfelhívással. Az új irányelv megismerése természetesen nem helyettesíti a gyakorlás adta készségfejlesztési lehetőségeket, melyek elengedhetetlenek a megfelelő színvonalon kivitelezett újraélesztéshez.

Irodalomjegyzék

1. Abella, B et al. (2005) Chest compression rates during cardiopulmonary resuscitation are suboptimal: a prospective study during inhospital cardiac arrest. *Circulation*, 111;2:428-434.
2. Bahr, J. et al (1997) Skills of lay people checking the carotid pulse. *Resuscitation*, 35;1:23-26.
3. Betlehem, J. (1998) A körzeti ápolók felkészültségének helyzete a sürgősségi ellátásban, újraélesztés tükrében 1998-ban. *Magyar Mentésügy*, 18;3:19-20.
4. Betlehem, J.(1999) Az alapellátásban dolgozó ápolók továbbképzésnek szükségessége az újraélesztés vonatkozásában. *ETINFO*, 2;3:4-6.
5. Chamberlain, D (2005) The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)—Past and present: Compiled by the Founding Members of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Resuscitation*, 2005;67:157-161.
6. Chamberlain, D. (2005) New international consensus on cardiopulmonary resuscitation. *British Medical Journal*, 331:1281-1282.
7. Colquhoun, M., Nolan, J. (2005) Introduction in *Resuscitation Guidelines 2005*. London: Resuscitation Council.
8. Davies, S. (2005) The use of automated external defibrillators in resuscitation guidelines 2005. London: Resuscitation Council.
9. Deakin, C. et al (2005) Adult Advanced Life Support in *Resuscitation Guidelines 2005*. London: Resuscitation Council.
10. Diószeghy, Cs, Kiss, D., Fritúz, G., Székely, G., Élő, G. (2005) Comparison of effects of different hand positions during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 66;3:297-301.
11. Diószeghy, Cs. (2005) Az újraélesztés időszerű gyakorlata és kérdései. *Lege Artis Medicinae*, 15;5:345-52.
12. European Resuscitation Council (2005) European Resuscitation Council guidelines for resuscitation, *Resuscitation*, 67: Suppl.1:S1-S190.
13. Handley, A. J. (2005) Adult Basic Life Support in *Resuscitation Guidelines 2005*. London: Resuscitation Council.
14. Handley, A.J., Monsieurs, K.G., Bossaert, L.L. (2001) European Resuscitation Council Guidelines 2000 for Adult Basic Life Support: A statement from the Basic Life Support and Automated External Defibrillation Working Group and approved by the Executive Committee of the European Resuscitation Council *Resuscitation*, 48;3:199-205.
15. Kause, J. et al. (2004) A comparison of antecedents to cardiac arrests, deaths and emergency intensive care admission in Australia and Newzealand, and the United Kingdom: The ACADEMIA study. *Resuscitation*, 62;3:275-282.
16. Kern, K et al (1998) Efficacy of chest compressions-only BLS CPR in the presence of an occluded airway. *Resuscitation*, 39;3:179-188.
17. Puskás T. (összeáll.), Andics, L., Czirner, J., Gorove, L., Göbl, G., Oszvald, P., Simon M., Szabó, K., Szép, I. (2001) Újraélesztés Módszertani Ajánlás. *Magyar Mentésügy*, 21;3:96-113.
18. Soar, J., Spearpoint, K. (2005) In-hospital resuscitation. In: RCUK. *Resuscitation Guidelines*. London, RCUK.
19. Szaák, T. (1998) Tapasztalatok az újraélesztés oktatásában: mire emlékszem az elsősegély vizsga után. *Magyar Mentésügy*, 18;3:20-22.
20. Tóth, Z., Diószeghy, cs., Göbl, G., Hornyák, I., Hauser, B. (2004) A Magyar Resuscitációs Társaság 2003. évi felnőtt alapszintű újraélesztési ajánlása. *Lege Artis Medicinae*, 14;8-9: 616-619.

A szülészeti és nőgyógyászati problémákkal összefüggő inkontinencia fizioterápiás kezelése

Tápainé Bajnay Márta

gyógytornász, Semmelweis Egyetem, I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A fizioterápiás kezelésekre, a gyógytorna alkalmazására a szülészeti-nőgyógyászati szakterületén is egyre nagyobb az igény. A „terhestorna” elterjedése lehetőséget nyújt a várandósok szülésre történő szakszerű előkészítéséhez és ahhoz, hogy szülés után az anyák eredeti fizikai állapotukat minél hamarabb visszaszerezhessék. A nőgyógyászati betegek esetében a műtétek utáni szövődmények kivédésében, a menopausában lévőknél a csonttrikulás megelőzésében, valamint az inkontinens betegek kezelésében van jelentősége a fizioterápiának.

A medencefenék-tréning, a gátizomzat akaratlagos működtetéssel történő megerősítése napjainkban több szempontból is az érdeklődés középpontjába került. A tornát érdemes megtanulni akár megelőzés céljából, de főleg az inkontinens panaszokkal küszködőknek, a fiatal és az idősebb korosztálynak egyaránt.

A **terhesség** alatt különösen nagy szükség van a medencét alulról záró izomzat, a medencefenék erejére, rugalmasságára, hiszen a növekvő méh fokozza a hasüregben a nyomást, ez pedig állandó megterhelést jelent a gátizomzatra. A **szülés** alatt a medencefenék izmok ellazulása, oldalra csúszása történik, és ha a szülő nő a kitolási szakban tudatosan is képes ezeknek az izmoknak a lazításra, akkor hamarabb alakul ki a toldalékcső, és a magzat előgördülő feje előtt a gát ellenállása kisebb lesz.

A női vizelettartási zavarok leggyakoribb fajtája a **stressz inkontinencia**, amelyet a medencefenék izmok gyengesége vagy az urethra akaratlagos eleválási képességének hiánya okozhat. Ez a panasz leggyakrabban szülés után, illetve a menopauzában lévő nőknél jelentkezik.

A hüvely akaratlagos szűkítése, mozgatása is a gátizmokkal történik, ennek az **örömszerző házaséletben** van nagy jelentősége.

A gátizom-torna szempontjainak megértéséhez előbb idézzünk fel néhány **anatómiai képletet és fiziológiai ismeretet**.

A kismedence hajlított cső alakú üreg, benne helyezkednek el a belső nemi szervek és a húgyhólyag. A linea terminalis által határolt sík a kismedence bemenete, a kimeneti sík majdnem vízszintes lefutású, amelyet alulról a réteges szerkezetű (kötőszöveti és izom-lemezek) medencefenék zár le.

A medencefenéknek kettős funkciója van, az egyik a kismedencei szervek alátámasztása, a másik a húgycső, a hüvely és a végbél megbízható működésének, nyitásának-zárásának, ill. zárva tartásának biztosítása. Az izmok, vagy a kötőszövet károsodása esetén a medencefenék gyengül, tartó funkciója elégtelenné válik, ennek következtében a nyílások megsüllyedhetnek és zárófunkciójuk is csökkenhet.

A medencefenék izomzatát háromrétegű, izmos-fibrosus lemez képezi:

1. Diaphragma pelvis izmai: (*m. levator ani, m. coccygeus, m. sphinter ani externus*)

Az *m. levator ani* rostjai kétszeres kereszteződéssel, középen a centrum tendineummal, két nyílást alakítanak ki, a hiatus genitális és a hiatus anális. Ez az izom minden irányból alátámasztja a kismedencei szerveket és a kivezető nyílások (húgycső-hüvely, végbél) körül gyűrűt alkot.

2. Diaphragma urogenitale: (*m. transversus perinei superficialis, m. transv. perinei profundus*)

A diaphragma urogenitalet közepén fúrja át a húgycső, melynek középső és alsó részét a harántcsíkolt izomrostokból álló musculus sphincter uretrae gyűrűszerűen veszi körül, ezzel adja meg a lehetőséget a vizelet akaratlagos visszatartásához.

3. Külső záró izomréteg:

(*m.bulbospongiosus*, *m.sphinter ani externus*, *m.ischiocavernosus*)

A hólyag és a húgycső anatómiája

A hólyag izmos falú, nyálkahártyával bélelt tömlő, amely 300-350 ml vizeletet képes befogadni. Üresen citrom alakú és nagyságú szerv, mely a symphysis mögött a kismedencében helyezkedik el. Laza kötőszövet veszi körül, amely tágulását nem akadályozza. A hólyag fundusának hátsó részébe ferdén érkeznek az ureterek, legmélyebb pontjáról pedig az urethra nyílik. Nőkben a hólyag fundusa csak kevésbé rögzített, inkább csak ráfekszik a fascia pelvisre. Legfontosabb rögzítése az elülső hüvelyfal, melynek felső részével a hólyag fundusa nagyrészt lap szerint összenőtt. Ha a hüvelyfal kórosan kitágul, nem biztosít kellő támaszt a hólyag számára, és ez kihat a vizeletürítés folyamatára.

A húgycső 3-4 cm hosszú tágulékony cső. Proximalis harmada a hólyag izomzatával (detrusor) koordináltan működő simaizom gyűrű. Középső és distalis része harántcsíkolt izomzatú (normális anatómiai viszonyok mellett), a medencefenék izmokkal együtt akaratunktól függően képes működni.

A vizeletürítés folyamata

A vesékből a vizelet az ureteren át a hólyagba jut, a gátlás alá került hólyag simaizomzata ellazul, és így képes a vizeletet befogadására. A vizelettel telődő hólyag falának fokozódó feszülése paraszimpatikus inger, mely a gerincvelőn át az agyba jut. A kritikus feszülés hatására a hólyagtelttség érzése vizelési ingert vált ki. Akaratlagos vizeletürítéskor a hasizmok megfeszülése az intravesicalis nyomást tovább növeli, és ez direkt kontrakciót vált ki a hólyagban. Egyidejűleg elernyednek a záróizmok, létrehozva a vizelés folyamatát. Akaratlagos medencefenék-izomkontrakcióval a vizelési inger elnyomható, és az megakadályozható, hogy a vizelet az urethra jusson, sőt a már elkezdődött vizelés is megszakítható.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a vizelet tartása és ürítése bonyolult neuromuscularis folyamat, mely csak a kismedencei szervek normális helyzete és működése, a jó idegi szabályozás, valamint a medencét lezáró gátizomzat és kötőszövet épsége mellett történik zavartalanul.

Az inkontinencia

A Nemzetközi Kontinencia Társaság meghatározása szerint *az inkontinencia olyan, akaratától független vizeletvesztést jelent, amely objektíven kimutatható, és az érintettnek szociális, valamint higiénés problémákat okoz.*

Az incontinentia urinae nőknél 2-5-ször gyakrabban fordul elő. Fizikai és szociális aktivitásukban gátolja őket, azonban ezt a problémát a legtöbben titkolják, minden 12 érintett nő közül csak egy panaszolja el önként orvosának.

Az inkontinencia önmagában csak egy tünet, a kezeléshez fel kell deríteni a tünetet kiváltó okot. Az inkontinencia fajtáit a kiváltó ok szerint csoportosítjuk:

Stressz inkontinencia

Fizikai aktivitásra, ugrálásra, köhögésre, nevetésre jelentkező vizeletcsepegtetés. Ilyenkor az intravesicalis nyomás meghaladja az urethra nyomását anélkül, hogy detrusor (hólyag izomzat) kontrakció jönne létre. Oka a hólyagnyak hypermobilitása és/vagy a gátizomzat gyengesége.

Urge vagy késztetési inkontinencia

Tünete a váratlanul jelentkező vizelési inger. Két fajtája van:

- *motoros urge*, neurogén ok miatt kialakult detrusor hyperreflexia,
- *sensoros urge*, a hólyagban előforduló kórfolyamat következtében (kő, daganat, gyulladás).

Reflexinkontinencia

Abnormális gerincvelő-reflex működés (Stroke, haránt laesio, sclerosis multiplex).

Túlfolyásos inkontinencia

Főleg férfiaknál fordul elő, leggyakoribb oka a prostata hyperplasia, de neurogén oka is lehet.

Enuresis diurna és nocturna

Gyermekeknél neurogén és pszichés okok miatti nappali és éjszakai ágybavizelés.

Kevert formák

Az ismertetett típusok egymás mellett fordulnak elő.

Az inkontinencia megfelelő kezelésének feltétele a **pontos diagnózis**. Első lépésben az alapos anamnézis felvétel, majd nőgyógyászati, laboratóriumi (vizelettenyésztés), urológiai vizsgálatok döntik el az inkontinencia fajtáját. Az urodinamiás vizsgálatok célja a hólyag tároló kapacitásának, működésének és a húgycső záró apparátusának megítélése.

Urodinamiás vizsgálatok típusai:

- uroflowmetria, a vizeletáramlás mérése,
- cystometria, a detrusor működés vizsgálata (feltöltés közben mérik a hólyagon belüli nyomást),
- húgycsőnyomás profil, mely az urethra ellenállásának megismerésére szolgál,
- nyomás/áramlás mérés.

A stressz inkontinencia

Hasúri nyomásfokozódáskor (pl. köhögés) az emelkedett nyomás egyaránt érinti a hólyagot (ürítésre késztetné), és a medence-fének izomzatot, amelyről a nyomás áttevődik a húgycsőre, annak zárva tartását erősítve. A húgycső ellenállását így segítik az azt körülvevő izom és a kötőszövetek által kifejtett erők, valamint az urethra falát alkotó submucosa, vascularis elemek és a falát alkotó simaizom.

A stressz inkontinencia kiváltó okai:

- medencefenék izomzatának gyengesége,
- alkati kötőszöveti gyengeség,
- túlterhelés, gyakori hasüregi nyomás fokozódás (pl. adipositas, fizikai munka, asztmás, allergiás köhögés, obstipatio, ugrálással járó sportok),
- sérülések: izom túlnyúlás, szülési sérülés,
- hormonális (ostrogen) hatás hiánya, ami rontja a kötőszövetek rugalmasságát,
- keringési elégtelenség,
- kismedencei szervek anatómiai eltérése (pl. méh prolapsus, cystokele).

A stressz inkontinencia okát a húgycső hiányos záródási mechanizmusában kell keresni, mely a medencefenék gyengeségével függ össze. Ezen gyengeség következtében a húgycső és a hólyag nyaki régiója kiszabadul a hasüregi nyomásrendszer szabályozásából. A megváltozott anatómiai helyzetet kell rendezni konzervatív vagy műtéti úton.

A **műtétek** célja a hólyagnyak megemelése annak érdekében, hogy az a hasúri nyomási zónába visszakerüljön, illetve hüvelyi műtéttel az urethra jobb alátámasztását lehet biztosítani.

Konzervatív kezelési lehetőségek:

- a klasszikus medencefenék torna,
- az elektrostimuláció,
- a biofeedback kezelés,
- mechanikus eszközök alkalmazása (Mayer gyűrű, pesszárium),
- gyógyszeres terápia (oestrogen tartalmú szerek).

Az inkontinencia fizioterápiás kezelése

A konzervatív kezelések legelterjedtebb módja a gátizom tornája, **fizioterápiája**.

Jó eredmény csak pontos diagnózis ismeretében érhető el, ennek megfelelően a beteg kivizsgálás után, orvosi beutalóval jelentkezik gyógytornára.

A kezelés első lépése a **beteg kikérdezése**, melynek során igen fontos a bizalomteljes légkör megteremtése. Nagyon intim téma ez, minden beteg gátlásokkal, szorongásokkal teli. A beszélgetésekből meg kell tudnunk a torna elsajátításának motivációját, az inkontinencia kialakulásának pontos idejét, körülményeit, jellegét. A kérdésekre adott válaszokból az inkontinencia súlyossága is felmérhető.

Fontos még tájékozódnunk a beteg életmódjáról, foglalkozásáról, sportjáról, szokásairól is.

Alkalmazható a **Gaudenz-féle teszt**, amely a panaszokat összesíti. Sablonnal történő értékelés után megállapítható az inkontinencia fajtája, de a teszt segítségével a kezelés eredményessége is nyomon követhető.

Az anamnesis felvétele után, **fizikális vizsgálattal** tájékozódni kell a gátizom állapotáról, az izom maximális megfeszítési erejéről, a feszülés kitartási idejéről és az ellazulási képességéről. A vizsgálat történhet manuálisan vagy műszeres méréssel.

Következő lépésben a **betegek egész-ségnevelő felvilágosítása** történik. Sok felnőtt nő nem ismeri saját testét, a nemi szervek anatómiáját, működését és a működési zavarok okát. Európai kultúránkban még most is tabutéma ez. Sematikus ábrákon bemutatjuk az inkontinencia kialakulásának lehetséges okait, beszélnünk kell a biomechanikai törvények hatásáról, a hasúr, a hólyag nyomásviszonyainak változásáról. Fontos megértetni a betegekkel a torna jelentőségét a gyógyulásban, és felhívni a figyelmüket arra, hogy csak a kitartó, rendszeres gyakorlás hozhat eredményt panaszaik csökkentésében.

Ezen elméleti bevezetés után kerül sor a gyakorlatok végzésére. Ehhez feltétlenül nyugodt körülményeket kell biztosítani, hogy a beteg figyelme testére irányulhasson.

Relaxációs gyakorlat (Autogén Tréning) sokat segíthet a ráhangolódásban, az általános feloldódásban. Lazítás közben a testséma tudatosul, és növelhető az érzetekre való koncentráció.

A **bemelegítést** a végtagokon a perifériától haladva, kis amplitúdójú, gyors ritmusú mozgásokkal kezdjük, majd a csípő körüli és a combizmok innervációjával javíthatjuk a keringést, a kismedence vérellátását.

A **helyes légzésre** a torna során mindvégig nagy figyelmet kell fordítani, a feladatok közt a beteg ne tartsa vissza a lélegzetét. A gyakorlatok indítását belégzéssel kötjük össze, és kilégzéssel lazítunk.

Isometriás gyakorlatokkal az **izomfeszítés és lazítás tudatosítása**, és a közöttük lévő érzetkülönbség megismertetése a célunk. A végtagok izmainak feszítésével és lazításával kezdünk, majd rátérünk a medenceizmokra: a csípő-, a far-, a hasizmok innerválására.

Az ágyéki gerincszakasz mobilizálása, a medence dőlésszögének beállítása a kismedencében lévő szervek (hólyag, méh) optimális helyzetét biztosítja.

A **medencefenék izmok tornáját** a tanulási fázisban mindig tehermentesített helyzetben -háton fekvő, hason fekvő- végeztetjük. A gyakorlást célszerű a végbélzáró izmok felől kezdeni, ezek nagyobb tömegűek, rendszerint jobb állapotban vannak, mindenkinek van a székletvisszatartásról érzetképe, melyeket ilyenkor könnyű felidézni. Ez után rátérünk a hüvely, a húgycső körüli zárógyűrű feszítésére. Külön-külön is gyakoroltatjuk ezeket. Kontrollként a kezet helyeztessük az éppen működő izomra: végbélre, hüvelybemenetre. A gátizomzat teljes megfeszítését a medence hátrabillentésével kezdjük megéreztetni, mert ebben a helyzetben szinte reflexszerűen összehúzódnak a gátizmok, legkifejezettebb a felfelé húzó hatás. Előrelépést jelent a kontrakciók szakaszokra bontása, az izmok feszülésének irányítása a kontrakció különböző szintjein. A feszítés és lazítás ritmusának megváltoztatásával is növelhetjük az izom erejét. A medencefenék feszítésekor a hasizom és a farizom maradjon mindig laza, a gyakorlatok közben ezt mindig ellenőriznünk kell, mert a megfeszített hasizom növeli a hasban a nyomást, ami a gátizmok ellen működik.

A **szelektív izomműködés** kialakítása egyrészt a végbél körüli és a hüvely körüli izomgyűrű külön működtetését jelenti, másrészt a gátizom független működtetését a többi medence izomtól.

Koncentrikus és excentrikus gyakorlatokkal a feszítés és a lazítás szakaszokra bontását gyakoroltatjuk (**Kegel „liftezés”**), ami az izom tudatos működtetésének elsajátítását célozza. A gátizmok megfeszítésekor a maximális kontrakcióhoz vezető utat osszuk fel négy szakaszra. Képzeld azt, hogy a hüvelyben egy lift van, ami a gátizom egyre erősödő szorításával emeletről emeletre halad felfelé a legmagasabb pontig. A szintek között tartassunk kis szüneteket. A visszafelé út fokozatos lazítással történjék, ez az úgynevezett „tartott lazítás” különösen nehéz izommunka.

Ha a beteg már jól tudja ezeket a rejtett izmokat mozgatni, akkor légzéssel, egyéb izmok egyidejű mozgásával, a testhelyzetek változtatásával nehezíthetjük a gyakorlatokat az izomerő növelésének érdekében.

A kezdő gyakorlatokat naponta kétszer, háromszor kell végezni, mert csak ezek pontos elsajátítása után léphetünk át a **tréning fázisra**. A tréning gyakorlatai ráépülnek az előzőkre, célunk a medencefenék izmok megerősítése, mely megalapozza a tudatos védekezést a hasúri nyomást fokozó helyzetekben.

A tréning fázisban végeztessük a gyakorlatokat fokozatosan terhelő testhelyzetekben: négykézláb állásban, térdelésben, székéről felálláskor, fekvésből felkeléskor, lépcsőn járáskor, állva, szökdelés közben. Meg kell tanulniuk a betegeknek azt is, hogy a hasúri nyomást növelő „kritikus” helyzetekben

hogyan feszítsék meg gátizmaikat. Célunk, hogy ez a működés automatizálódjék, így köhögéskor, tüsszentéskor a vizeletcsöpögés megelőzhető lesz.

A tornát naponta háromszor 10-15 percig kell végezni, ennél hosszabb időn túl kifárad az izom és a torna már nem lesz hatékony. Legalább három hónapi kitartó, állandó gyakorlás után mutatkozik eredmény. A gyógyulás a feltétele csak a szorgalmas munka, hiszen az izomerő még idős korban is növelhető fejleszthető.

Sajnos nagyon kevés betegnek van kitartása a tartós tréninghez, a rendszeres tornához. Ebben nyújt segítséget egy nagyszerű segédeszköz. Már kapható a hüvelytamponhoz hasonló, kónusz alakú, műanyagból készült 5 darabból álló **vaginális súlysorozat**. Kezdetben a legkönnyebb súlyt a hüvelybe helyezve, a gátizmokat megfeszítve eszközt meg kell tartani.. Ahogy a medencefenék izomzata erősödik, egyre nehezebb súlyt kell alkalmazni. Ezzel az izom erejének növekedése objektíven is megítélhető. A súlysorozat használata a gáttorna tréning fázisának szakaszában alkalmazható segítség. Azoknak, akik képtelenek önállóan végezni a medencefenék izmok tréningjét, egy másik segítség is rendelkezésükre áll, a biofeedback készülék.

A biofeedback módszer azt jelenti, hogy a beteg vizuális vagy hangjelek formájában utasítást kap a kiválasztott izom megfeszítésére, és egy készülék - az izomműködés fizikai paramétereit értékelve – visszajelzést ad (szintén vizuális vagy hangjelzéssel) az elvégzett teljesítmény hatékonyságáról.

A **FemiScan biofeedback** rendszer egy számítógéppel irányított mikroprocesszoron alapuló EMG készülék, amelynek része a fülhallgatóval összekapcsolt un. Home Trainer, amivel a beteg otthonában gyakorolhat. A fülhallgatón át kapott tornautasításokat a beteg végrehajtja, és a hüvelybe helyezett készülék ezt érzékelve a fülhallgatón át visszajelzi az eredményt, vagy dicsér, vagy intenzívebb munkára biztatja a tornázót. A készülék memóriája az adatokat tárolja, dokumentálja és kiértékeli.

Rendszeres tornával és a segédeszközök alkalmazásával az erős, feszes medencefenék izomzat már alkalmassá válik fiziológiás feladatainak betöltésére.

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az ápolói hivatás presztízse a Cseh Köztársaságban

PhDr. Sylva Bártllová, CSc.

Nemzeti Ápolási Központ (NCO NZO), Cseh Köztársaság

Doc.PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

Délcsehországi Egyetem Egészségügyi Szociális Kara, Ceské Budejovice, Cseh Köztársaság

Összefoglaló

A szerzők kutatást végeztek a Cseh Köztársaságban, melynek céljai között szerepelt az, hogy megvizsgálják, mennyire értékelik az ápolók a hivatásuk presztízsét. 1040 ápolót kérdeztek meg a Cseh Köztársaság egész területéről. Azt is meg akarták állapítani, hogy az ápolók mennyire tudatosítják hivatásuk társadalmi jelentőségét. A megkérdezettek 48,4%-a átlagosnak, a 34,7% pedig inkább alacsonynak értékelte azt. Csak a három évnél rövidebb gyakorlattal rendelkezők nyilatkoztak

pozitívan társadalmi értékelésükről. A szerzők megállapítása szerint az ápolók, mint társadalmi csoport presztízsének növelése szorosan összefügg a főiskolai képzéssel. Az ápolók új típusú képzését a 2004-ben elfogadott 96. számú törvény szabályozza, melynek elsőrendű feladata az ápolás professzionalizálása. Ez is egyik előfeltétele a magasabb presztízsnak.

A kutatás a Cseh Köztársaság Egészségügyi Minisztériumának támogatásával valósult meg.

Bevezetés

Az ápolói szerep a múltban bonyolult fejlődésen ment át, és ez az átalakulás lényegében ma is tart. Az ápolói hivatás tekintetében egész sor változást követelt az is, hogy a Cseh Köztársaság belépett az Európai Unióba. Az EU által szabályozott nem orvosi szakmák számára ez elsősorban a törvények harmonizációját jelenti, melynek része az össznemzeti standardizáció. A strukturális standardokhoz kapcsolódik a képzés standardja is. Nagyobb súlyt kapott az ápolóképzési programok tökéletesítése, s ez biztosítja az ápolók szabad mozgását, esetleg munka-vállalását az EU országaiban. A magasabb szintű képzés többnyire összefügg az ápolók presztízsének növelésével. Az új szerep eljáratítása, adaptálódás az új funkcióra és felelősségtudatra, az új viselkedésmintákra, összefüggésben van a társadalom értékelésével is.

A kutatásban, amelyet 1990-ben a Cseh-szlovák Tudományos Akadémia Társadalmi Intézete a Tudománytörténeti és Elméleti Intézetével közösen végzett, 50 foglalkozás presztízsét mérték fel. Az ápolók a kilencedik helyen voltak (a bányászok 10-ik, a kutatómérnökök 13-ik, a jogászok 14-ik, a tervezők 18-ik). Ez az eredmény eléggé meglepő, mert az ápolók megelőzték több főiskolai és művészeti foglalkozást is. (Názory na privatizaci zdravotnictví, 1991)

Nemzetközi viszonylatban – 100-tól 0 pontig értékelve – az ápolók az értékelési skála közepén találhatók az újságírókkal, pedagógusokkal és programozókkal együtt (53 – 55 ponttal).

Ezekből a felmérésekből, amint látható, nem lehet egyértelműen meghatározni a valóságos társadalmi presztízst, az eredmények hitelességét még további kutatásokkal kellene mérni. Feltételezhetjük, hogy az ápolói hivatás társadalmi értékelése az egészségügyben végbemenő változásoktól függően alakul. Nem kevésbé fontos az is, hogy az ápolók hogyan tekintenek saját hivatásukra. A saját hivatástudat társadalmi értékelésének megítélése a professzióhoz való viszony fontos indikátora. Többek között éppen ezért választottuk a „Változások az ápolói hivatásban az új ezredfordulón” kutatási témát, melynek keretén belül elsősorban a cseh ápolók presztízsének kérdésével foglalkozunk.

A kutatás módszere

A vizsgálat irányított beszélgetés formájában valósult meg. Az adatok begyűjtését az INRES-SONES közvélemény kutató végezte el. A Cseh Köztársaság egész területéről 348 kérdező kapcsolódott be, akik a vizsgálat megkezdése előtt megkapták a megfelelő instrukciókat. Az adatok statisztikai feldolgozása az SPSS programmal történt.

Az adatok feldolgozása az osztályozás 1. fokozata és a kontingencia táblázat osztályozásának 2. fokozata szerint történt. A kiválasztott jellemzők függő viszonyának mértéke a χ^2 és a többi tesztelési kritérium szerint lett megállapítva.

A vizsgálati minta az egész ország területéről véletlenszerűen kiválasztott 1040 ápoló. A minta összetétele a régiók és a foglalkozásvégzés helye szempontjából úgy lett megválasztva, hogy megfeleljen ápoló célcsoport országos szerkezetének. A csoport paraméterei az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Információs és Statisztikai Intézetének 2002. december 31-ig összegyűjtött adatai alapján lettek meghatározva.

A Cseh Köztársaság Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Információs és Statisztikai Intézetének metodikája szerint az ápolók mintacsoportjába a következő kategóriák lettek besorolva: általános ápolók, gyermekápolók, nőgyógyászatban dolgozó ápolók, rehabilitációs osztályon dolgozó ápolók, diétás nővérek, stb. A higiéniai szolgálat ápolói, a laboránsok és a fogtechnikusok nem szerepeltek a vizsgálati mintában.

A mintacsoportok összetétele reprezentatív volt a területi megoszlás tekintetében. (A vizsgált területek megfeleltek a 2001. január elsejei átszervezésben meghatározott kerületeknek.) Valamennyi

kerület azon ápolói voltak megszólítva, akik megfeleltek a mintacsoport szerkezetének. Az alap mintacsoporttól való eltérés nem haladja meg a 0,5%-ot. Ennek következtében a kutatás eredménye az egyes kerületek szempontjából reprezentatív jellegű. Az ápolók mintacsoportjának kerületek szerinti megoszlását tartalmazza 1. táblázat.

A vizsgálat reprezentatív volt az ápoló munkahelyének jellege szerint is. Az ápolók mintacsoportja a foglalkozás helye tekintetében a kórházakban dolgozó ápolókból (egyetemi és más kórházak), továbbá körzeti rendelőkben és más egészségügyi intézetekben dolgozó ápolókból tevődött össze (gyógyfürdők, gyógyintézetek, házibeteg ellátás). A vizsgálat minta ezen szempontok szerinti megoszlását 2. táblázat foglalja össze.

A mintacsoport összetételének az alapsoporthoz képest legnagyobb eltérése 1,0%, tehát a vizsgálat eredménye országosan reprezentatív aszerint, hogy milyen jellegű egészségügyi intézményben végzik munkájukat az ápolók.

A többi szociodemográfiai mutató tekintetében (melyeket a kutatás során szintén vizsgáltunk) nem volt reprezentatív a vizsgálati minta.

Az ápolók társadalmi presztízsének értékelése

Presztízs szó alatt valamiféle pozitív értékelési módot és tiszteletet értünk valamely személy vagy szociális csoport iránt. Parsons amerikai szociológus szerint a presztízs „relatív tisztelet egy személy iránt valamilyen rendezett rendszerben”. A mai szociológiában a presztízs fogalma rendszerint a professzióra vonatkozik, amelyet egy személy illetve csoport végez. Az angolszász irodalomban az általánosabb, szociológiailag relevánsabb és elvontabb presztízstől néha eltér a *tisztelet* fogalma, amely konkrét személyhez kötődik, és amely kifejezi, hogy az emberek hogyan értékelik mások viselkedését az adott szociális helyzetben, és szociális szerepének végzése, teljesítése közben.

A saját professzióink társadalmi presztízsének érzékelése (megítélése) nagyon fontos mutatója a hivatáshoz való viszonyoknak. A vizsgálat folyamán megállapítottuk, hogy az ápolók mit gondolnak társadalmi presztízsről, az egészségügyi ápolók hivatásának tekintélyéről a Cseh Köztársaságban. Az ápolók a presztízst egy standard skála szerint a következő fokozatokkal értékelték: „nagyon magas”, „inkább magas”, „átlagos”, „inkább alacsonyabb”, „nagyon alacsony”.

Az ápolók nagy része úgy gondolja, hogy társadalmi presztízsről –foglalkozásuk tekintélye a Cseh Köztársaságban– átlagos (48,4%) vagy inkább alacsonyabb (34,7%). A módus és a medián értéke 3, a mért aritmetikai átlag értéke 3,4, ami azt jelenti, hogy az ápolók inkább a „rosszabb átlag”-hoz hajlanak, és gyakrabban választják a skála-értékeket, foglalkozásuk társadalmi presztízsének negatív értékelését. Az ápolók presztízsről kialakult nézeteket az 1. ábra szemlélteti.

Figyelemre méltó még az is, hogy a fiatalabb, 18-34 életkorú ápolók gyakran a „nagyon magas”, míg a 45-59 életkorúak az „átlagos” értékelést választják. A gyakorlat tartama szerint a 3 évig dolgozók az „inkább nagyobb” értékelési fokozatot választják.

A saját foglalkozásuk presztízsének érzékelésénél nem mutat különbséget az eredmény annak függvényében, hogy milyen egészségügyi intézményben (kórház, gyógyfürdő, gyógyintézet, rendelő stb.) vagy osztályon dolgoznak. Az ápolók saját presztízsének értékelésénél nem mutatható ki statisztikai különbség az állami és a magán egészségügyi intézményekben dolgozók között.

Hasonló, de nem reprezentatív felmérés történt a Cseh Köztársaság Egészségügyi Minisztériumának Belső pályázati irodájának keretén belül is, melynek címe „Az egészségügy transzformációja – a kiválasztott problémák felmérése” volt (a pályázat száma 2928-3). Ez a vizsgálat szintén az ápolók presztízsével foglalkozott Písek és Příbram városokban. Az itt nyert eredményt összehasonlították a brünni mintacsoporttal. Ebben a kérdőívben a kérdés így volt feltéve: „Mit gondol, hogyan értékelik a polgárok az ápolói foglalkozást?” Az ápolókat a mi kutatásunk ill. felmérésünk szerint sorolták be. 90% az azonosság (Transformace zdravotnictví, 1997). Más vizsgálat, kutatás ezidáig nem történt ebben a témában.

Következtetések

Arra a következtetésre jutottunk, hogy az ápolók a Cseh Köztársaságban saját presztízsről leggyakrabban átlagosnak vagy ennél is alacsonyabbnak ítélték meg. Ennél pozitívabban értékelik

magukat a 3 évnél kevesebbet dolgozó ápolók. Más statisztikailag fontosabb összefüggések a társadalmi presztízs és a szociálprofessziós jelek között nem volt megállapítható.

Az ápolók presztízsének növelése szorosan összefügg a ápolók főiskolai képezésének követelményével. Az új 96/2004 számú ápolóképzésről szóló törvény, amely összhangban van az Európai Unió stratégiájával, és egyezik a világ más országainak törekvéseivel is, az ápolói hivatás professzionalizálása felé vezet, és ez természetesen a nővéri hivatás presztízsének további növelésével is összefügg. Sőt némely szerző, például Freidson (1988) azt állítja, hogy az ápolók túlságosan láthatóan szervezik saját képzésüket, s mindezt egyetlen céllal – megszerezni és biztosítani az előkelőbb helyet a társadalomban. Vitathatalan, hogy az ápolás, mint hivatás, növelte státuszát a társadalomban, és ez az emelkedés tovább folytatódik. A nyilvánosság és sokszor az egészségügyisek sem tudatosítják, hogy az ápolók magasabb szintű képzését elsősorban a medicina fejlődése és az új viszonyok kialakulása stimulálja, amelyek megkövetelik az egészségügyi csoport tagjai feladatának megváltoztatását, átalakítását. Változnak az ápolók tevékenységei, növekszik a felelősségük és a kompetenciájuk. Az ápoló egyre önállóbb szakemberré, s az egészségügyi csoport egyenragú és teljes érvényű tagjává válik.

A cikk a Cseh Köztársaság Egészségügyi Minisztériuma Belső Pályázati Irodája NR/7960-3. sz. feladatának részeként készült.

Irodalomjegyzék

1. Freidson, E. The profession of Medicine: A study of the Applied Sociology of Knowledge –With a New Afterword. Chicago, IL : University of Chicago Press, 1988.
2. Názory na privatizaci ve zdravotnictví. (Zpráva z výzkumu) Praha: ÚSLOZ, 1991.
3. Transformace zdravotnictví – monitoro-vání vybraných problému. IGA MZ ČR. é. 2928 -2, Praha: Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, 1997.

[Vissza a tartalomhoz](#)

N É V J E G Y

Magyar Gyógytornászok Társasága

A Magyar Gyógytornászok Társaságát mint szakmai érdekképviselői szervezetet 1989-ben azzal a céllal hozták létre, hogy

- tagjai szakmai ismereteit elmélyítse, lépést tartva az orvostudomány és az egészségtudományok hazai és nemzetközi eredményeivel,
- egységes vizsgálati sémákat dolgozzanak ki és vezessenek be, egységes kezelési elveket és módszereket alakítsanak ki az egész ország területén,
- megismerjék a nemzetközi gyakorlatban elfogadott és elterjedt fizioterápiás vizsgálati és kezelési módszereket, valamint a nemzetközi szakmai színtereken bemutassák és megismertessék a Magyarországon használatos fizioterápiás lehetőségeket és módszereket,

- megismertessék hazánkban az orvostársadalommal, más paramedikális szakmák képviselőivel és a nem szakmabeliekkel a gyógytorna, a fizioterápia lényegét és lehetőségeit.

E célok elérése érdekében különböző munkacsoportokat működtetnek, melyek az egyes klinikai szakterületen dolgozó gyógytornászokat tömörítik. (traumatológia, ortopédia rehabilitáció, reumatológia, neurológia, belgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat-urológia, stb.)

Magyarországon jelenleg kb 3500 egészségügyi főiskolát végzett gyógytornász van. A Magyar Gyógytornászok Társasága tagjaival a megyei és budapesti szervezeteken, illetve munkacsoportokon keresztül tartja a kapcsolatot. Kétévenként kongresszust rendeznek, helyi szervezeteik pedig rendszeresen szerveznek szakmai napokat.

A Magyar Gyógytornászok Társaságának folyóirata, a MOZGÁSTERÁPIA évente négyszer jelenik meg. Minden tagnak postázzák, a nem tagok előfizethetik a társaságnál. (A folyóiratban 2000 évtől napjainkig megjelent tanulmányok címe és összefoglalója a társaság honlapján (www.gyogytornaszok.hu) olvasható.)

A Társaság tagja a Gyógytornászok Világszövetségének (World Confederation for Physical Therapy, WCPT), illetve a WCPT Európai Régiójának. A Gyógytornászok Világszövetsége tagszervezeteinek száma 92, és a világ több mint 250000 gyógytornászát képviseli (gyógytornász = fizioterapeuta = fizioterapeuten = physiotherapist = Physical Therapist). Amerikában a Physical Therapy, Európában a Physiotherapy kifejezés használatos.

A Gyógytornászok Világszövetségének célkitűzései: a globális egészségügyi ellátás javítása, a gyógytorna-fizioterápia oktatásának és klinikai tevékenységének magas színvonalon való működtetése. A Világszövetség támogatja a kommunikációt és információcserét a Világszövetség régiói és tagszervezetei között, valamint együttműködik a nemzeti és nemzetközi, kormányzati és nem kormányzati szervezetekkel, beleértve a WHO-t is.

A Magyar Gyógytornászok Társasága kiemelten közhasznú szervezet 2001 óta.

Elérhetőség: Iroda.: 1088 Budapest, Vas u. 17.

Levelezési cím: 1277. Budapest, Pf 72.

Tel/fax: 1-411-12-08

E-mail: physioth@t-online.hu vagy fizioinfo@t-online.hu

Honlap: www.gyogytornaszok.hu

Dr Tringer Lászlóné

Elnök

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS

Szociális munka a kórházban

Károlyiné Kóczán Katalin

tudományos munkatárs, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

Összefoglaló

A szociális munkás („social worker”) képzés nemzetközi viszonylatban több mint 100 éves múltra tekint vissza, kórházi szociális munkás pedig már kb. 100 éve dolgozik az Amerikai Egyesült Államokban. 1994-től megjelentek a szociális munkás diplomával rendelkező szakemberek a magyar kórházak betegágyainál is, azonban a szociális munka, mint szakma, jelenleg is alakulóban van. A minőségileg megfelelő betegellátás egyik fontos feltétele a csapatmunka, és a csapat tagjai között ott kell legyen a szociális munkás is. A szerző felsorolja, hogy milyen konkrét feladatai lehetnek a szociális munkásnak a komplex betegellátásban.

Általános helyzetkép

Hazánk lakosságának elszomorító egészségi állapotáról hosszú évek óta lehet olvasni, hallani. Készültek nemzeti programok is, melyek a lakosság egészségmegőrzését, egészség-fejlesztését célozták meg, s ezek megvalósításában tulajdonképpen közvetlenül, vagy közvetett módon az ország teljes népességének részt kell (kellene) vennie.

Ezek a programok az Egészségügyi Világszervezet aktuális stratégiai elképzeléseihez simultak, azonban aránylag hamar kiderült, hogy a programokat nem fogjuk tudni maradéktalanul teljesíteni. Ennek okát sok tényezőben kereshetjük, de ezek közül talán legfontosabb, hogy az óhajtott **össztársadalmi összefogás elmaradt**.

A hazai morbiditási és mortalitási mutatók nem európai léptékűek, a trendek várva várt pozitív irányú elmozdulása késik vagy csekély, és nem feltétlenül sugallja a későbbi folyamatosságot.

Évtizedek kellettek az egészségügy bajainak, az „egészségügy betegségének” kimondhatóságához, a változások igényének és irányának megfogalmazásához.

Világosság vált, hogy a hagyományos, betegségközpontú orvoslás éppen a tömeges népbetegségekkel, a nem fertőző, az életmóddal, a sajátos „modernizációkkal” összefüggő, a rizikótényezők okozta egészségromlással nem tud megküzdeni (szív- és érrendszeri, elhízás, alkoholizmus, gyógyszer túlfogyasztás, mentálhigiénés jellegű betegségek, stb.).

Az említett népbetegségek pszichoszomatikus jellege, a „személyiségtényező” szerepe nyilvánvalóvá vált. De a **pszichoszomatikus orvoslás** nem tudja megoldani a társadalmi és természeti környezettel összefüggő bajokat, melyek **szociális orvoslás** szemléletét és ismeretanyagát igénylik.

A korszerű egészségügyi ellátás lényege, hogy amíg csak lehetséges, nem emeli ki a beteget megszokott családi, lakóhelyi környezetéből. Az **egész** ember együttlátására, a körülmények számbavételére van szükség. Elég, ha arra gondolunk, mennyi szociális, döntően nem is egészségügyi probléma (többek között pl. szociogeriátriai, gondozási feladatok) terhelődik a kórházakra.

A betegellátásban mind több feladat hárul az ápolókra, a szorosabb értelemben vett ápolási munka mellett egyre több munkát vesznek át az orvosoktól. Több szakismeretet szereznek, és minél többet tudnak, annál többet bíznak rájuk.

A szociális munkáról

A szociális munka középpontjában az embernek a környezetével megromlott viszonya áll, annak ellentmondásaival, konfliktusaival, komplex problémáival.

A szociális munkás ügyfelei egyének, családok vagy közösségek. Munkája egyszerre szakértői és segítő jellegű. Ismernie kell a társadalmi környezetet, amely befolyásolja az ember helyét, szerepét a világban, azt a kultúrát, amelyben él, és befolyásolja a viselkedést, a normákat, az erkölcsi szabályokat, vagyis mindazokat a tényezőket, amelyek elősegítik, vagy gátolják az ember veleszületett adottságait, képességeinek kiteljesedését. Ismernie kell az emberi életciklusok, életszakaszok fejlődéséből adódó jellegzetes pszichikai helyzeteket, zavarokat.

Ismernie kell az emberi kapcsolatok szociálpszichológiai, társadalomlélektani vonatkozásait, az embert, mint társas lényt, s azt a mikrokörnyezetet, amelyben él.

Fentiekén túl jól kell ismernie azokat a jogi, politikai, államigazgatási eszközöket, amelyek segítségével változásokat érhet el egy-egy probléma megoldás érdekében.

A szociális munkás feladata, hogy fellépjen minden diszkrimináció, hátrányos megkülönböztetés, előítélet ellen azért, hogy mindenki szabadon élhesse társadalmi helyzetének, kultúrájának megfelelő életét. A sokféleség tolerálása, a mások kultúrájának megértése és a bennük lévő értékek felismerése és értékelése nem egyszerű feladat. A szociális munkásnak képet kell alkotni azokról a területekről, ahol dolgozik, vagyis a prevenció, a krízisintervenció, a terápiás és rehabilitációs rendszerek működéséről. Ismernie kell a különböző intézményes és intézmények kívüli ellátásokat, a szolgáltatásokat, hogy klienseiknek a legmegfelelőbb segítséget tudja felkínálni.

A krízishelyzetekben, családi válságokban, a problémák megoldásában segítséget kell nyújtani éppen úgy, mint az egyszerűbb esetekben kapcsán: a jövedelemforrás, munkahely elvesztésekor, családi belső konfliktusokban, gyermekekkel, idősekkel kapcsolatos feladatokban stb.

Hippokratésztól ered a szabály: „nem a betegséget, hanem a beteget kell gyógyítani.”

Hárdi foglalkozik a betegség élménytani vonatkozásaival és a betegség-magatartással. Eszerint a betegségben részt vesz a személyiség, meghatározó a beteg maga és a harmadik fontos összetevő a szociológiai-pszichoszociális tényező. A szűkebb és tágabb emberi közösség, a segítő emberi kapcsolatok rendszere az, amely nélkül még a szomatikus betegek gyógyulása sem képzelhető el.

De ki foglalkozik a kórházban az “Emberrel”?

Az orvos a betegséget gyógyítja; a nővér ápolja a beteget. Az esetek döntő többségében több beteget kezelnek az elviselhetőnél, a szükségesnél hosszabb ideig, rosszabb műszerezettséggel, s a kellenél kevesebb személyzettel. Az elszemélytelenedés aligha vitatható. Megtapasztalhatjuk betegként, látogatóként.

Megítélésem szerint a legtöbb magyar kórházi osztályról napjainkban még **hiányzik a gyógyító teamből egy láncszem**, egy speciális tudással rendelkező szakember, aki a teljességében felvállalja a szomatikus, pszichotikus és szociális problémákat hordozó egyént. **Ez a személy: a szociális munkás.**

A szociális munkás képzés nemzetközi viszonylatban több mint 100 évre tekint vissza. A „social worker” megbecsült szakember a világ fejlett országaiban. Tevékenységükre ott van szükség, ahol segítségre szoruló egyének, kis- és nagycsoportok, közösségek élnek.

Magyarországon a szociális munka, mint szakma, jelenleg is még kialakulóban van. A képzés hazai megindítását reális társadalmi szükségletek indokolták.

A gazdasági fejlődés megtorpanásával, a növekvő elszegényedési tendenciákkal, a munkanélküliséggel párhuzamosan csökkentek a többszörösen hátrányos helyzetű rétegek felzárkózási esélyei. Makro- és mikro társadalmi szinten növekvő bizonytalanság, a hagyományos életkeretek felbomlása, ezek következményeként a devianciák, a neurózis, az alkoholizmus, a drogfogyasztás emelkedő mértéke jelzik a probléma súlyosságát. Gyöngül az egyének és családok fizikai-pszichikai ellenálló képessége. Ezek után szinte evidens, hogy a szociális munka polgárjogot nyert hazánkban is.

A szociális munkás feladata a kórházakban

Úgy ítélem meg, hogy az „egészséges” gyógyító teamből nem hiányozhat a szociális munkás, akit státusa, tudása és attitűdjei révén elfogad partnerként az orvos és a nővér, mert levesz a vállukról olyan terheket, amelyeket ők nem képesek felvállalni, és mert hatékony közreműködésével csökkenthető az ápolási napok száma. Elfogadja partnerül a beteg és a hozzátartozó, mert attitűdjei nem a hagyományosan merev kórházi hierarchiát tükrözik, akivel nincsenek kommunikációs nehézségei, akivel szemben nem „alávetett”, és képes a beteggel valódi személyközi kapcsolat kialakítására, képes csökkenteni kórházi elszigeteltségét, és ez által könnyíti a hozzátartozó helyzetén is.

Kórházi szociális munkás már kb. 100 éve dolgozik az USA-ban és a világ fejlettebb országaiban. Európában 100 kórházi ágyra 1 fő szociális munkás jut.

Milyen konkrét feladatai lehetnek a szociális munkásnak a komplex betegellátásban?

- Információ és referálás:
A kórházba bekerülő betegek befogadása során az elérhető szociális szolgáltatásokról információ nyújtása a betegnek és családjának, a kapcsolatépítés és a referáló utak megteremtése a forrásintézményekhez.
- Kapcsolatépítés más intézményekkel:
A páciensek képviselője ezen intézmények felé.
- Betegfelvétel előkészítése:
Kapcsolatfelvétel a beteggel és családjával, felvétellel kapcsolatos szociális adminisztrációs feladatok, előkészítő tanácsadás.
- Szociális rizikótényezők szűrése:
Interjú során a problémák kiemelése, szűrő szociális kérdőívek alkalmazása.
- Közvetlen segítő tevékenység:
A beteg nehézségei, pszichoszociális problémái, a betegséghez és a kórházi beavatkozáshoz köthető pszichés reakciók feldolgozása, betegvezetési feladatok, problémamegoldó technikák, krízisintervenciós eljárások alkalmazása.
- Anyagi és szervezési segítség:
Táppénzügyek, segélyek intézése, értékezelés és egyéb ügyintézési feladatok.
- Felvilágosító tevékenység:
A betegséggel és gyógyítással kapcsolatos információk a kezelőszeméllyel közösen.
Életmód alakító és támogató csoportok szervezése.
- Érdekvédelmi feladatok:
A beteg érdekeinek képviselője a kórházon belül felmerülő problémák, viták esetén.
- Pszichoszociális értékelés:
Szociális anamnézis, interjúk alapján a beteg pszichosza, helyzetének értékelése, dokumentációja, referálása, tevékenység tervezése, koordinálása, kivitelezése az egészségügyi teamen belül.
- Elbocsátás előkészítése:
Hazabocsátás szociális feltételeinek vizsgálata, a problémák rendezése a családdal és a területi szociális ellátással, utógondozási kapcsolatépítés.
- Esetkonzultáció és referálás a kórházi teamben, illetve a területi intézmények felé.
- Program konzultáció a kórházi teamben:
A szociális segítő részleg szakmai programjának kialakítása, egyeztetése a kezelési programmal.
- Részvétel a kórház működésének tervezésében, kialakításában.
Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel.
- Egészségügyi és szociálpolitikai koncepciók formálása:
Javaslatok, észrevételek szakmai érdekvédelmi szerveken keresztül.
- Kutatás a kórházi szociális munka területén.
- Oktatás és továbbképzések szervezése.

De beilleszthető-e egyáltalán a hagyományosan zárt és erősen hierarchizált egészségügyi struktúrába az eltérő képzettséggel rendelkező, és más szakmai értékeket képviselő szakember?

A válasz igen, mert a kórházi „szereplők” belátták, belátják, hogy a szociális munkás értük is van, az ő eredményes szakmai tevékenységüket is támogatja együttműködésével.

Sajnálatos, hogy Magyarországon esetleges a betegek szociális támogatása, segítése. Többnyire a véletlenül múlik, vagyis azon, hogy az osztályon dolgozó orvosok, ápolók mennyi-re tudják (bírnák) felvállalni a segítségnyújtást.

Tudom azt, hogy azok az orvosok, egészségügyi dolgozók, akik idejüket, energiájukat nem kímélve áldozatosan ellátják az osztályukon adódó szociális feladatokat, élenjárói annak a szemléletváltásnak, amelynek be kell következnie ahhoz, hogy a szociális munkások minél nagyobb számban elfoglalják helyüket a kórházban.

1994-től megjelentek a szociális munkás diplomával rendelkező szakemberek a magyar kórházak betegágyainál is. Számuk évről-évre emelkedik. Jelenleg például a Vas Megyei Markusovszky Kórházban, amely 1309 ágyas, 4 szociális munkás státusz van. Feladatukat a pszichiátriai, krónikus, a fertőző és a rehabilitációs osztályon végzik. Sok, vagy kevés ez a 4 fő? Úgy gondolom, hogy korrekt választ erre a kérdésre egy kutatás elemzése, értékelése tükrében lehetne adni.

Az azonban bizonyos, hogy egy magas szervezettségű egészségügyi organizációban összefogást, sokirányú kooperációt, *csapatmunkát tételez fel* a minőségileg megfelelő ellátás, és a csapat tagjai között ott kell legyen a szociális munkás is.

[Vissza a tartalomhoz](#)

N

GRATULÁLUNK!

2006. március 15-ei nemzeti ünnepünk alkalmából az egészségügyi miniszter állami kitüntetésekkel adott át és szakmai elismeréseket adományozott

A Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:

Horváth Józsefné, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Kardiológiai Intézet klinikai vezető ápolója,
Toplak Ilona, a Zala Megyei Kórház Műtőszolgálat főműtősnője.

Pro Sanitate elismerésben részesült kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként:

Mátéffy Imréné, Budajenő Községi Önkormányzat Védőnői Szolgálatának védőnője,
Bártfai Antalné, a Tiszaújvárosi Önkormányzat Városi Rendelőintézetének csoportvezető laboratóriumi asszisztense.

Egészségügyi Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Rajhona Zsuzsanna, a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Eger Központi Laboratóriumának vegyésze,
Rigó Mária, a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház Igazgatóságának ápolási igazgatója,
Dr. Losonczy Jánosné, az Országos Vérellátó Szolgálat Nyíregyházi Területi Vérellátójának szerológiai vezetője,

Pórné Supper Éva, az Országos Vérellátó Szolgálat Kecskeméti Területi Vérellátójának vezető asszisztense,

Artner Szilvia, a budapesti Gyógyír XI. Kht. V. számú Védőnői Körzet területi védőnője,

Stang Mártonné, a Siófok Városi Kórház-Rendelőintézet Reumatológiai Szakrendelés vezető asszisztense,

Borsi Eszter, a Kátai Gábor Kórház, Karcag Sebészeti Osztály osztályvezető ápolója,

Balogh Sándor, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Ortopéd Műhelyének műhelyvezetője.

Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett kiváló szakmai munkája, életmű elismeréseként nyugállományba vonulása alkalmából:

Mészárosné Bojtor Orsolya, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Neurológiai Osztály osztályvezető ápolója,

Szabó Lajosné, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház III. számú Ápolási Egység vezetője,

Reisch Rudolfné, Szentlőrinc Város Önkormányzat Területi Védőnői Szolgálatának védőnője,

Lakatos Béláné, Sükösd Nagyközség Önkormányzat Egészségügyi Központjának intézményvezetője.

Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesültek felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:

A Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Pszichiátriai Klinikai Csoport kollektívája:

Dr. Sárosi Andrea, főorvos

Dr. Freschl György, szakorvos

Molnár Erika, megbízott főnővér

Kovács Jenő, ápoló

Baráth Margit, ápoló

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatológiai Tanszékének munkacsoportja:

Prof. Dr. Balla György, tanszékvezető

Dr. Bérces Mária, neonatológus szakorvos

Bergyár Viola, tanszéki főnővér

Czecze Jánosné, osztályvezető főnővér

Berna Attiláné, intenzív nővér

Tóth Andrea, gyermekápoló

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Radiológiai Osztály munkacsoportja:

Dr. Nagy Judit, osztályvezető főorvos

Hankó Judit, szakasszisztens

Havas Endre, segédápoló

Pékó Tamás Ádám, szakasszisztens

Szabó Éva vezető, szakasszisztens

A Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház-Rendelőintézet Merényi Gusztáv Kórháza Traumatológiai Osztály Intenzív Részleg munkacsoportja A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály Munkacsoportja:

Dr. Ökrös Ilona, osztályvezető főorvos

Kolláth Gáborné, intenzív terápiás szakápoló

Dr. Lendvai Andrea, adjunktus

Pető Józsefné, vezető aneszteziológiai szakasszisztens

Tamás Zoltánné, intenzív terápiás szakápoló

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórház, Nyíregyháza Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály munkacsoportja:

Dr. Kiss Julianna, osztályvezető főorvos

Dr. Daruka Irén, főorvos

Dr. Szücs Attila, adjunktus

Koczka Nikoletta

Nagy Katalin, ápoló

Szikszai Gizella szakápoló

Az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Műtő Osztály, Kórházi Ambulancia és Elektrofiziológiai Laboratórium munkatársai:

Dr. Retteghe Tibor, főorvos

Dr. Nagy Aladár, főorvos

Gorzás Ilona, diplomás ápoló

Tóthné Magyar Ilona, diplomás ápoló

Sallai Éva, műtős szakasszisztens