



***Teljes ellátásra szoruló idős és
demenciával élő ellátottak modern
sebkezelés módszerei, szakszerű
gondozása- szakápolási dilemmák***

BUSZSZH szakmai nap | 2026.09.23.

Peyerné Burján Mária
Diplomás ápoló; Egészségügyi menedzser

Amiről beszélünk:

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 01 | Demencia alapjai és epidemiológia | 11 | Agresszió kezelése |
| 02 | BPSD — Viselkedéses és pszichés tünetek | 12 | Demenciaellátás – összefoglaló |
| 03 | A pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás sajátosságai | 13 | Szakápolási dilemmák és modern sebkezelés |
| 04 | Személyközpontú megközelítés | 14 | Holisztikus állapotfelmérés és fájdalom |
| 05 | Nem farmakológiai intervenciók | 15 | Nyomási sérülések: kockázat és prevenció |
| 06 | Montessori-alapú módszerek | 16 | Modern sebkezelés és kötszerválasztás |
| 07 | Legjobb Barát Modell | 17 | Dokumentáció és komplex esetfeldolgozás |
| 08 | Gyógyszerelés és ápolói feladatok | 18 | Hozzá tartozók és kompetenciahatárok |
| 09 | Kommunikációs technikák | 19 | Minőségfejlesztés és hazai kihívások |
| 10 | Betegbiztonság és elesés-megelőzés | 20 | Gyakorlati változtatások és záró gondolatok |



Az előadás végére a résztvevő képes lesz...

A tanulási eredmények három egymást erősítő kompetenciaterületet fednek le.

01 Felismerés

- felismerni a nyomási sérülés kockázati tényezőit;
- felismerni a demenciával élő személy nem verbális fájdalomjelzéseit;
- azonosítani a korai állapotromlás jeleit.

02 Klinikai gondolkodás

- megkülönböztetni a látható tünetet a mögöttes okoktól;
- alkalmazni a prevenció szemléletét a mindennapi gondozásban.

03 Kompetencia és együttműködés

- felismerni saját kompetenciahatárait;
- tudni, mikor szükséges további szakmai segítséget kérni.

Az előadás célja: a szakmai kompetenciák fejlesztése.

A demencia: alapok és epidemiológia

 **55M+**

ember él demenciával
világszerte (WHO, 2023)

 **10M**

új eset évente
az előrejelzések szerint

 **90%+**

BPSD előfordulás
a demencia során

A demencia nem egyetlen betegség, hanem egy tünetegyüttes, amely a memória, gondolkodás, viselkedés és a mindennapi tevékenységek progresszív hanyatlásával jár. Leggyakoribb típusai: Alzheimer-kór (60-70%), vaszkuláris demencia, Lewy-testes demencia és frontotemporális demencia.

BPSD — Viselkedéses és pszichés tünetek

A demenciához társuló viselkedéses és pszichológiai tünetek (BPSD) az esetek több mint 90%-ában megjelennek.

Viselkedéses tünetek

- Agitáció, agresszió
- Kóborlás, bolyongás
- Gátlástalanság
- Állandó járkálás
- Kibálás, ismétlődő viselkedés

Pszichológiai tünetek

- Téveszmék, hallucinációk
- Depresszió, szorongás
- Apátia, visszahúzódás
- Alvászavarok
- Érzelmi labilitás

A BPSD korai felismerése és célzott kezelése az ápolói munka központi eleme.

Tartós bentlakásos otthonokban gondozott demenciával élők ellátásának sajátosságai

Komplex betegprofil

Demencia + pszichiátriai komorbiditások, szomatikus betegségek és polifarmácia

Magas ápolási igény

24 órás megfigyelés, személyre szabott ellátási terv, gyakori állapotértékelés

Multidiszciplináris team

Pszichiáter, geriáter, ápoló, pszichológus, szociális munkás, gyógytornász, dietetikus,

Speciális környezet

Biztonságos, strukturált, orientációt segítő fizikai és társas környezet



Személyközpontú megközelítés

Tom Kitwood elve: a demenciával élő embert és nem a betegséget kell középpontba helyezni.

Méltóság

A beteg emberi méltóságának tiszteletben tartása minden helyzetben

Egyéniség

Az élettörténet, szokások és preferenciák figyelembevétele

Autonómia

A megmaradt képességek támogatása és a választás lehetősége

Kapcsolat

Érzelmi biztonságot nyújtó, meleg emberi kapcsolatok fenntartása

„Nem az számít, amit elveszítettünk, hanem amit még megőriztünk.”

Nem farmakológiai intervenciók

A demenciához társuló magatartási és pszichés tünetek- BPSD- kezelésének első vonalában a nem gyógyszeres beavatkozások állnak.



Környezeti adaptáció

- Nyugodt, otthonos környezet
- Természetes fények, orientációs jelzések
- Zajos, kaotikus helyzetek kerülése



Strukturált napirend

- Kiszámítható napi rutin
- Tevékenységek az egyéni képességekhez
- Pihenés és aktivitás egyensúlya



Hatékony kommunikáció

- Egyszerű, rövid mondatok
- Szemkontaktus, nyugodt hangtónus
- Nonverbális kommunikáció alkalmazása



Érzékszervi stimuláció

- Zeneterápia, reminiscencia
- Aromaterápia, taktilis ingerek
- Mozgásterápia, kreatív foglalkozás

Montessori-alapú megközelítés a demencia-ellátásban

A Montessori-módszer a megmaradt képességekre épít, és értelmes tevékenységeken keresztül támogatja az autonómiát.

- Képesség-alapú feladatok: a sikerélmény biztosítása
- Érzékszervi anyagok: tapintás, szín, forma
- Ismétlődő, strukturált tevékenységek
- Választás és kontroll: önállóság támogatása
- Közösségi részvétel és társas interakció
- A kutatások szerint csökkenti az agitációt és javítja az életminőséget



A Legjobb Barát Modell (Best Friends™)

Virginia Bell és David Troxel modellje a kapcsolatokra épülő demencia-ellátást helyezi középpontba.

Tisztelet

Az ember értékének és méltóságának elismerése

Empátia

Beleérzés a beteg érzelmi világába és szükségleteibe

Támogatás

Segítségnyújtás a napi tevékenységekben és döntésekben

Bizalom

Biztonságérzetet adó, kiszámítható gondoskodás

Humor

A nevetés és az öröm helye a gondozásban is van

Gyógyszerelés és ápolói feladatok



Gyógyszerbevétel ellenőrzése

Nyelési nehézségek felmérése

Alternatív gyógyszerformák (folyadék, tapasz)

Beteg együttműködésének támogatása

Mellékhatások megfigyelése

Szedáció mértékének nyomon követése

Esésrizikó növekedés monitorozása

Dokumentáció és kommunikáció

Pontos gyógyszerbevételi napló

Team-kommunikáció az eltérésekről

Hozzá tartozó tájékoztatása- kompetencia betartása

A nyelési nehézségek korai felismerése életmentő ápolói feladat!

Kommunikációs és viselkedésmenedzsment technikák



Verbális technikák

- Egyszerű, rövid mondatok
- Lassú, nyugodt beszédtempó
- Egy kérdés vagy utasítás egyszerre
- Pozitív megfogalmazás
- Név szerinti megszólítás



Nonverbális technikák

- Szemkontaktus fenntartása
- Gyengéd érintés, kézfogás
- Arc szintjébe hajolva beszélni
- Mosoly és bátorító gesztusok



Viselkedés-kezelés

- Kiváltó okok azonosítása
- Elterelés, átirányítás
- Nyugtató környezet biztosítása
- Következetes, kiszámítható viselkedés

Betegbiztonság: elesés-megelőzés és veszélyhelyzetek

4-5x

nagyobb elesési
kockázat demenciában

3x

gyakoribb
töréses sérülés

13-25

esés/1000 betegnap
pszichiátriai osztályon

Elesés-megelőzés

Környezeti kockázatfelmérés, mozgásérzékelők, csúszásmentes padló, megfelelő világítás, cipőviselet ellenőrzése

Dezorientáció kezelése

Orientációs táblák, színkódolás, személyes tárgyak elhelyezése, ismerős zenék és fotók alkalmazása

Ön- és közveszélyesség

Korai figyelmeztető jelek felismerése, fokozott ápolói megfigyelés, deeszkalációs technikák alkalmazása

Agresszív viselkedés kezelése



1

Felismerés

Korai figyelmeztető jelek azonosítása: fokozódó feszültség, mimika, hangerő változása

2

Megelőzés

Kiváltó okok feltárása (fájdalom, félelem, túlstimulálás), környezet módosítása

3

Deeszkaláció

Nyugodt hangnem, biztonságos távolság, elterelés

4

Beavatkozás

Szükség esetén orvos értesítése, protokoll szerinti farmakológiai segítség

5

Utókövetés

Esemény dokumentálása, team megbeszélés, prevenciók terv frissítése

Az ápolói megfigyelés és a deeszkaláció a leghatékonyabb eszközök.

Összefoglaló- demenciával élő ellátottak szakszerű gondozása, ápolása=> kompetencia fejlesztés

- A demencia-ellátás személyközpontú, bizonyítékalapú megközelítést igényel
- A BPSD korai felismerése és nem farmakológiai intervenciók alkalmazása elsődleges
- A Montessori-módszer és a Legjobb Barát Modell gyakorlati eszközöket kínál
- A betegbiztonság — elesés-megelőzés, agresszió-kezelés — folyamatos ápolói feladat
- A multidiszciplináris együttműködés és a folyamatos továbbképzés a minőségi ellátás alapja

A méltóságteljes ellátás nem csak szakmai kötelesség — emberi értékünk tükre.

Dilemmák



Szakápolási dilemmák

Demenciával élők szakszerű gondozása és a modern sebkezelés módszerei

Miért fontos erről beszélnünk?

A szociális ellátásban dolgozó szakápolók egyre gyakrabban/ folyamatosan találkoznak olyan idős emberekkel, akik:

- magas életkorúak,
- több krónikus betegséggel élnek,
- demenciával küzdenek,
- mozgásukban korlátozottak,
- részben vagy teljesen segítségre szorulnak,
- inkontinensek,
- táplálkozási vagy folyadékbeviteli problémáik vannak,
- fokozottan veszélyeztetettek nyomási sérülés kialakulása szempontjából.

Ezek az állapotok nem egymástól független problémák.

Egy immobilis, demenciával élő idős embernél például a csökkent mozgás → tartós nyomás → bőrkárosodás → fájdalom → fokozott nyugtalanság → együttműködés romlása → még kevesebb mobilizáció olyan ördögi kört hozhat létre, amely végül súlyos seb kialakulásához vezet.

Ezért a korszerű szakápolásnak nem az a kérdése, hogy:

„**Mivel kötözzük a sebet?**” - hanem az:

„**Miért alakult ki a seb, mit tudunk megszüntetni az okok közül, és hogyan akadályozzuk meg a kialakult állapot romlását?**”

Ez a szemlélet jelenti a prevenció és a modern sebmenedzsmet közötti kapcsolatot.

Személyközpontúság a sebellátás gyakorlatában

A sebellátás során a személy-központú szemlélet azt jelenti, hogy a szakmai célt az ellátott megértéséhez, félelmeihez és megmaradt képességeihez igazítjuk.

A demencia következtében romolhat:

- a memória,
- a tájékozódás,
- a kommunikáció,
- a helyzetfelismerés,
- az együttműködés,
- az önellátási képesség.

Ezért a beavatkozás módját nemcsak a seb állapota, hanem az ellátott reakciói is meghatározzák.

A személyre szabás a kommunikáció, az időzítés és a segítség mértékének tudatos megválasztását jelenti.

Ugyanazt a beavatkozást nem feltétlenül ugyanúgy végezzük minden ellátottnál.

Például: az egyik ellátott elfogadja, ha: „Most megfordítjuk, hogy megnézzük a bőrét.”

A másik viszont megijed.

Nála hatékonyabb lehet: „Megnézzük, nincs-e valami, ami nyomja Önt. Segítünk egy kicsit kényelmesebben elhelyezkedni.”

A szakmai cél ugyanaz – a megközelítés lehet más.

A teljes ellátási szükséglet mögött mindig több tényező áll

A teljes ellátásra szoruló idős személy esetében **nem elegendő** azt megállapítani, hogy „nem mobilis”.

Meg kell keresni:

Miért nem mobilis?

- fájdalom?
- izomgyengeség?
- stroke következménye?
- Parkinson-kór?
- eleséstől való félelem?
- demencia?
- gyógyszermellékhatás?
- szédülés?
- ortosztatikus hypotonia?
- depresszív állapot?
- alultápláltság?

A multimorbid idős ember ellátása komplex állapotfelmérést igényel; a korszerű geriátriai szemlélet nem egyetlen betegség kezelésére, hanem a teljes funkcionális állapot értékelésére épít.

Ez azért fontos, mert:

A seb gyakran csak a jéghegy csúcsa!

A SEB CSAK A JÉGHEGY CSÚCSA

Ne csak a sebet kezeljük – keressük meg azt is, ami a sebhez vezetett!



CSÚCS AMIT LÁTUNK

A probléma látható jelei,
amelyek miatt intézkedünk



Seb / nyomási sérülés



Bőrpír, hámsérülés



Váladékozás



Fájdalom



Nyugtalanság,
viselkedésváltozás



Együttműködés
hiánya



Állapotromlás



FELSZÍN ALATT AMIT FEL KELL ISMERNÜNK

Közvetlen kiváltó és fenntartó
tényezők, amelyek már
közvetlen hatással vannak
a seb kialakulására



Immobilitás



Tartós nyomás



Nyíróerő



Súrlódás



Nem megfelelő
pozicionálás



Elégtelen mobilizáció



Inkontinencia, nedvesség



Nedves, macerált bőr



Elégtelen táplálékbevitel



Elégtelen folyadékbevitel



Fájdalom



Csökkentett együttműködés



MÉLYBEN AMI A PROBLÉMÁT LÉTREHOZZA VAGY FENNTARTJA

Azok az alapvető tényezők,
amelyek gyakran hosszú ideje
jelen vannak, és meghatározzák
az ellátott állapotát



AZ EMBER ÁLLAPOTA

- Demencia
- Kommunikációs nehézség
- Csökkent fájdalomjelzés
- Kognitív hanyatlás
- Viselkedésváltozás
- Tájékozódási zavar
- Félelem, szorongás



AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

- Multimorbiditás
- Diabetes mellitus
- Keringési problémák
- Neurológiai betegségek
- Izomgyengeség
- Eleséstől való félelem
- Krónikus fájdalom
- Depresszió



A TÁPLÁLTSÁG

- Étvágytalanság
- Testsúlycsökkenés
- Alultápláltság
- Nyelési nehézség
- Dehidráció
- Hiányállapotok (fehérje, vitaminok, nyomelemek)



PSZICHÉS ÉS SZOCIÁLIS TÉNYEZŐK

- Bizalomhiány
- Korábbi rossz élmények
- Együttműködés nehézsége
- Szociális izoláció
- Családi háttér
- Életesemények hatása



AZ ELLÁTÁSI RENDSZER

- Személyzeti hiány
- Időkorlátok
- Elégtelen prevenció
- Szemlélet
- Hiányos dokumentáció
- Kommunikáció hiánya
- Kompetenciahiányok
- Bizonytalansága
- Eszközhány
- Képzés, tudás hiánya



CÉLUNK: a jéghegy egészének kezelése!

Korai felismerés – megelőzés – okok kezelése – személyre szabott gondozás – rendszeres újraértékelés



A SZAKÁPOLÓ SZEREPE KULCSFONTOSÁGÚ:

megfigyelés • értékelés • döntés • beavatkozás • dokumentálás • továbbirányítás

Mit jelent szakápolóként a „jó állapotfelmérés”?

A szakápoló egyik legfontosabb feladata a változás felismerése.

Nem azt kell csak dokumentálnunk, hogy:

„A beteg állapota megfelelő.”

Hanem tudnunk kell megválaszolni:

- Mi változott tegnaphoz képest?
- Többet fekszik?
- Kevesebbet eszik?
- Kevesebbet iszik?
- Többet alszik?
- Nyugtalanabb?
- Elutasítóbb?
- Megváltozott a járása?
- Megváltozott a bőre?
- Van új fájdalomjelzés?
- Van új seb?
- Romlott a seb állapota?

A szakápoló legfontosabb „eszköze”: a megfigyelőképessége.

A demenciával élő beteg fájdalma – az egyik legnagyobb szakápolási dilemma

A demenciával élő személy gyakran nem tudja pontosan megmondani:

„Fáj a keresztcsontom.”

Ehelyett:

- nyugtalanná válik,
- elutasítja a gondozást,
- agresszívebbnek tűnik,
- nem akar enni,
- rosszul alszik,
- gyakran kiabál,
- megváltozik a viselkedése.

Ezért nagyon fontos szakmai kérdés:

Lehet, hogy nem „viselkedési problémát” látunk, hanem fájdalmat?

1

**A „Nyugtalan lett” helyett gondolkodjunk így:
„Mi okozhatja a nyugtalanságot?”**

Lehetséges ok:

- fájdalom,
- vizelési inger,
- székrekedés,
- éhség,
- szomjúság,
- fertőzés,
- túlmelegedés,
- hideg,
- kényelmetlen testhelyzet,
- seb,
- túl szoros kötszer.

3

5

A NICE(Nemzeti Eü. és Ellátási Intézet) ajánlása szerint azoknál a demenciával élő személyeknél, akik nem képesek megfelelően jelezni fájdalmukat, strukturált megfigyelésen alapuló fájdalomfelmérő eszköz alkalmazása indokolt lehet. A fájdalomfelmérést viselkedésváltozás és fájdalomcsillapító beavatkozás után is meg kell ismételni.

Szakápolási dilemma I.

„Nem akar együttműködni a gondozásban.”

Ez az egyik leggyakoribb helyzet.

Mit jelent az, hogy:

„Nem együttműködő”?

Lehet, hogy:

- nem érti, mit akarunk,
- fél,
- fájdalma van,
- korábbi rossz élménye van,
- túl sok inger éri,
- nem ismeri fel a gondozót,
- egyszerűen másképpen értelmezi a helyzetet.

Mit tehetünk?

Ne azzal kezdjük: „Meg kell csinálnunk”

Hanem:

1. mutatkozzunk be,
2. teremtsünk szemkontaktust,
3. röviden mondjuk el, mit szeretnénk,
4. egyszerre csak egy lépést kommunikáljunk, ne az egész folyamatot
5. adjunk időt a válaszra,
6. használjunk nyugodt hangot,
7. lehetőség szerint biztosítsunk választási lehetőséget.

Például nem mondjuk: „Most meg kell fordulnia.”

Hanem:

„Segítek Önnek kényelmesebben elhelyezkedni. Kezdjük azzal, hogy egy kicsit oldalra fordulunk.”

A nyomási sérülés – nem „egy seb”

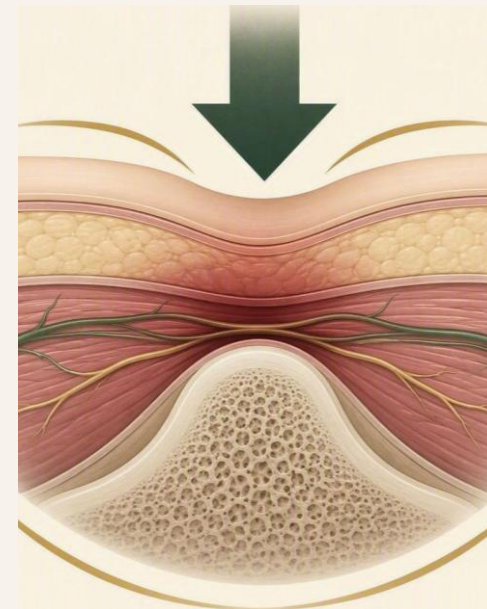
A korszerű terminológia szerint egyre inkább a **nyomási sérülés** megnevezést használjuk.

A nemzetközi irányelv célja a nyomási sérülések megelőzésének és kezelésének bizonyítékokon alapuló támogatása. (A 2025-ben elindított negyedik nemzetközi irányelv már online, folyamatosan frissülő „living guideline” formában érhető el).

A lényeg: **nem egyszerűen egy bőrsérülést látunk.**

A kialakulásában szerepet játszhat:

- nyomás,
- nyíróerő,
- súrlódás,
- nedvesség,
- immobilitás,
- rossz tápláltsági állapot,
- rossz perfúzió,
- társbetegségek.



A legfontosabb kérdés: MEGELŐZHETŐ LETT VOLNA?

Ez szakmai és etikai kérdés is.

A nyomási sérülés kialakulása nem minden esetben előzhető meg teljes bizonyossággal.

De **minden veszélyeztetett ellátottnál fel kell tenni a kérdést:**

Megtörtént-e:

- a kockázatfelmérés?
- a bőr rendszeres ellenőrzése?
- a mobilizáció?
- a pozicionálás?
- a megfelelő nyomáscsökkentés?
- a tápláltsági állapot követése?
- a folyadékbevitel ellenőrzése?
- az inkontinencia megfelelő kezelése?
- a megfelelő bőrvédelem?
- a változások dokumentálása?

A hazai felmérések azt mutatják, hogy a nyomási fekély prevenciójának gyakorlata és szervezeti támogatása között továbbra is vannak eltérések.

A 2024-es hazai publikáció a 2024-ben megjelent új szakmai irányelv ajánlásaihoz viszonyítva vizsgálták a hazai gyakorlatot.

Kockázatfelmérés – nem egyszeri adminisztráció

A rizikófelmérés nem egy kipipálandó dokumentum.

Hanem: **döntéstámogató eszköz.**

A szakápolónak azt kell megállapítania:

Milyen kockázati tényezőkkel rendelkezik az ellátott, és ezek alapján mit fogunk tenni?

Vizsgáljuk:

Mobilitás

- jár?
- segítséggel jár?
- székben ül?
- ágyhoz kötött?

Táplálkozás

- megfelelően táplálkozik?
- fogyott?
- csökkent az étvágya?

Bőr nedvesség terhelése

- inkontinens?
- izzad?
- gyakran nedves a bőr?

Bőr állapota

- ép?
- száraz?
- macerált?
- elszíneződött?
- sérült?

Perfúzió

- hideg végtag?
- perifériás keringési probléma?

Érzékelés

- érzékeli a fájdalmat?
- tudja jelezni?

A bőr az első jelzőrendszer

A bőrvizsgálatnak a mindennapi szakápolás részévé kell válnia.

Különösen figyeljünk:

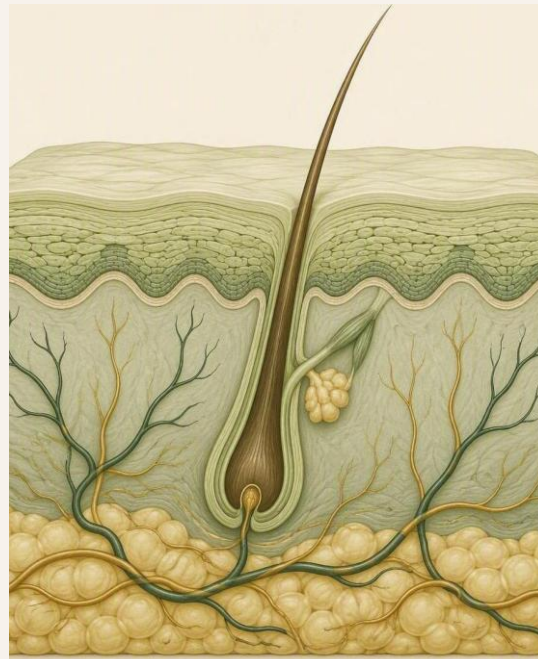
- sacralis régió,
- farpofák,
- csípő,
- sarok,
- boka,
- könyök,
- lapocka,
- occipitalis terület,
- fül,
- orr,
- orvostechikai eszközök nyomáspontjai.

Fontos:

Nem csak a látható sebet kell keresni.

Keresni kell:

- elszíneződést,
- tartós bőrpírt,
- hőmérséklet-változást,
- duzzanatot,
- indurációt,
- fájdalmat,
- nedvezést.



Szakápolási dilemma II.

Piros a keresztcsontja. Mit csináljak?”

Az első hiba: **azonnal krémezni.**

A második: **azonnal bekötözni.**

Először a helyes kérdés: **Mi okozta a bőrelváltozást?**

Vizsgáljuk meg:

- volt-e tartós nyomás?
- milyen testhelyzetben feküdt?
- van-e inkontinencia?
- nedves-e a bőr?
- van-e dörzsölés?
- van-e nyíróerő?
- fájdalmas-e?
- milyen a bőr állapota?

Dekubitusz vagy inkontinencia-asszociált dermatitis?

Ez a gyakorlatban **nagyon fontos differenciálási kérdés.**

Nyomási sérülés esetén gyakrabban:

- lokalizált,
- nyomáspont felett jelentkezik,
- jól meghatározható területet érinthet,
- a nyomás és nyíróerő szerepe jelentős.

Inkontinencia-asszociált dermatitisz esetén gyakran:

- nedvességgel összefüggő,
- diffúzabb,
- a perinealis (gát)/far régióban jelentkezik,
- a széklet és vizelet irritáló hatása jelentős.

Fontos: a két állapot együtt is jelen lehet.

Ezért nem elég azt mondani:

„Inkontinens, ezért biztosan csak felmaródás.”

A prevenció öt alappillére

1. Mozgás

Amit az ellátott képes megtenni, azt ne végezzük el automatikusan helyette.

2. Pozicionálás

A testhelyzet rendszeres változtatása a kockázatnak megfelelően.

3. Nyomáscsökkentés

Megfelelő matrac, ülőfelület, saroktehermentesítés és egyéb segédeszközök alkalmazása.

4. Bőrvédelem

A tiszta, száraz, de nem kiszáritott bőr fenntartása, szükség esetén barrier készítmények alkalmazása.

5. Táplálás és folyadék

A tápláltsági és hidratáltsági állapot folyamatos követése.

Az EPUAP 2024-es szakmai curriculumának prevenciós modulja ugyanezt a holisztikus megközelítést hangsúlyozza: *személyre szabott prevenció, bőrápolás, táplálás, mobilizáció, pozicionálás, nyomásredistribúció és inkontinenciakezelés együtt alkotja a prevenciós tervet.*

A pozicionálás új szemlélete

A pozicionálás nem egyszerűen: „Kétóránként megfordítjuk.”

A modern szemléletben figyelembe kell venni:

- az egyéni kockázatot,
- az ellátott komfortját,
- a bőr állapotát,
- a mobilitást,
- a szöveti toleranciát,
- az alkalmazott matracot és segédeszközöket,
- az ellátott egyéb betegségeit.

A cél: ne csak a „forgatási időpontot” teljesítsük, hanem a szöveti terhelést csökkentjük.



A sarok – gyakran elfelejtett veszélyeztetett terület

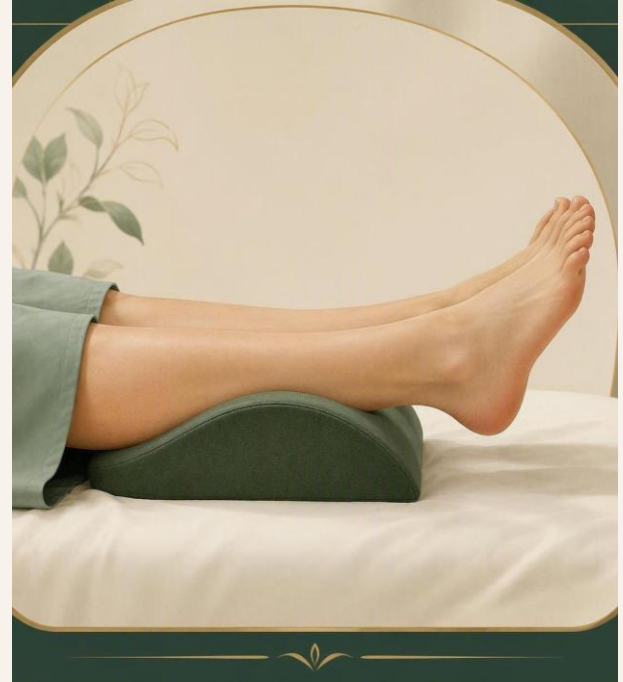
A sarok különösen veszélyeztetett:

- idős,
- immobilis,
- diabeteses,
- keringési problémákkal élő,
- ödémás személyeknél.

A cél:

A sarok lehetőség szerint ne legyen tartós nyomás alatt.

Fontos a megfelelő saroktehermentesítés és a rendszeres ellenőrzés.



Táplálás – a sebkezelés része

Gyakori szakmai tévedés: „A sebhez kötszer kell.”

Valójában a sebgyógyulás az egész szervezet működésétől függ.

Figyeljünk:

- testsúlyváltozásra,
- étvágytalanságra,
- fehérjebevitelre,
- folyadékbevitelre,
- nyelési nehézségre,
- fogazati problémákra,
- étkezési segítség szükségességére.

A sebgyógyulás szempontjából a beteg egészének vizsgálata alapvető.

A Wound Healing Society (Sebgyógyító Társaság) 2023-as ajánlása **külön hangsúlyozza a társbetegségek, gyógyszerek, tápláltság, immunfunkció és szöveti perfúzió értékelését a sebgyógyulás akadályainak felismerésében.**



Szakápolási dilemma III.

„Keveset eszik, de a seb okozta panaszok miatt most nem tudunk mit tenni.”

Dehogynem!

Pontosan ekkor kell cselekedni.

A **szakápoló feladata:**

- a táplálkozás megfigyelése,
- a fogyás jelzése,
- a folyadékbevitel követése,
- nyelési probléma felismerése,
- szükség esetén dietetikus/orvos bevonásának kezdeményezése,
- az előírt táplálásterápia megvalósításának támogatása.

A sebkezelés és a táplálás: **nem két külön feladat.**

Mit jelent a modern sebkezelés?

A modern sebkezelés nem egyenlő azzal, hogy: „Van egy új intelligens kötszerünk.”

A modern sebkezelés:

- 1. Állapotfelmérés**
- 2. A seb okának meghatározása**
- 3. Sebágy előkészítése**
- 4. Megfelelő sebkörnyezet biztosítása**
- 5. Váladék kezelése**
- 6. Fertőzés/gyulladás felismerése**
- 7. Sebkörnyék védelme**
- 8. Nyomáscsökkentés**
- 9. Tápláltság optimalizálása**
- 10. Folyamatos újraértékelés**

A sebágy-előkészítés célja olyan környezet kialakítása, amely támogatja a krónikus seb gyógyulását, figyelembe véve a beteg általános egészségi állapotát és a gyógyulást akadályozó szisztémás tényezőket.

„Melyik kötszer a legjobb?”

Ez önmagában nem jó kérdés.

A jobb kérdés: „**Milyen állapotban van a seb, és mire van szüksége?**”

Vizsgáljuk:

- száraz vagy nedvedző?
- mennyi a váladék?
- milyen a sebágy?
- van-e nekrotikus szövet?
- van-e fertőzés gyanúja?
- milyen a seb környéke?
- milyen a fájdalom?
- mekkora a seb?
- milyen a környező bőr?

A kötszerválasztásnak a sebhez kell igazodnia.

Nem fordítva.

A „kontrollált nedves sebkörnyezet” nem azt jelenti, hogy „áztassuk a sebet”

A modern sebkezelés egyik fontos alapelve a kontrollált nedves sebkörnyezet.

A cél: **ne legyen túl száraz, de ne legyen túlságosan nedves sem.**

A túl sok váladék:

- macerálhatja a környező bőrt,
- növelheti a fertőzés kockázatát,
- rontja a beteg komfortját.

A túl száraz sebkörnyezet pedig:

- lassíthatja a sejtmigrációt,
- károsíthatja a regenerálódó szöveteket,
- megnehezítheti a sebgyógyulást.

Szakápolási dilemma IV.

„Sárga a sebágy – akkor ez fertőzés?”

Nem feltétlenül.

A sebágy megjelenése önmagában nem elegendő a fertőzés diagnózisához.

Figyeljünk:

- fokozódó fájdalom,
- terjedő bőrpír,
- melegség,
- duzzanat,
- kellemetlen szag,
- fokozódó váladékozás,
- gennyes váladék,
- láz,
- általános állapotromlás,
- újonnan kialakuló vagy romló seb.

Demenciával élő személynél azonban az általános állapot vagy a viselkedés megváltozása lehet az egyik legfontosabb figyelmeztető jel.

Szakápolási dilemma V.

„Mikor kell orvost hívni?”

A szakápoló **egyik legfontosabb kompetenciája** nem az, hogy mindent maga kezeljen.

Hanem annak felismerése: **„Ezt már tovább kell adnom.”**

Orvosi/szakellátási értékelés szükséges lehet például:

- gyors állapotromlás esetén,
- fertőzés gyanúja esetén,
- gyorsan romló seb esetén,
- necrosis esetén,
- mély szöveti érintettség gyanújakor,
- fokozódó vagy nehezen kontrollálható fájdalom esetén,
- jelentős vérzés esetén,
- általános állapotromlás esetén.

A szakápoló nem a kompetenciahatár átlépésével bizonyítja a szakmai felkészültségét, hanem

a kompetenciahatár felismerésével.

A sebellátás egyik legfontosabb része: dokumentáció

A dokumentáció nem adminisztrációs teher.

Hanem: **a beteg állapotának időbeli bizonyítéka.**

Dokumentáljuk:

- a seb helyét,
- méretét,
- állapotát,
- váladékát,
- környező bőrt,
- fájdalmat,
- alkalmazott beavatkozást,
- kötszert,
- változásokat,
- orvosi értesítést,
- további intézkedést.

És nagyon fontos- a dokumentációból legyen követhető:

Mi volt? → Mit csináltunk? → Mi történt utána?

Szakápolási dilemma VI.

„A seb ugyanakkora, tehát nincs változás.”

Ez sem biztos.

A seb mérete mellett figyeljük:

- a sebágy minőségét,
- a granulációt,
- a váladékozást,
- a környező bőrt,
- a fájdalmat,
- a szagot,
- a nekrotikus szövet mennyiségét,
- az általános állapotot.

A sebgyógyulás nem mindig lineáris.

Ezért: **ne csak centiméterben gondolkodjunk.**

A modern sebkezelés egyik legfontosabb elve

Ne csak a sebet kezeljük – az embert kezeljük.

A seb mögött lehet:

- immobilitás,
- diabetes,
- érbetegség,
- malnutritio,
- dehidráció,
- gyógyszerhatás,
- fertőzés,
- demencia,
- fájdalom,
- depresszió.

Ha az okot nem kezeljük: **a seb újra és újra visszatérhet.**



Egy komplex eset a gyakorlatból

„Erzsi néni” 82 éves.

- közép súlyos demencia,
- segítséggel mobilizálható,
- inkontinens,
- diabeteses,
- étvágya az utóbbi hetekben romlott,
- testsúlya csökkent,
- sokat alszik,
- a gondozás során gyakran elutasító.

Egy reggeli fürdetés során a gondozó észreveszi: „**Piros a feneke.**”

Mi legyen az első reakciónk?

„Kenjük be.” - Nem

Hanem: **Álljunk meg és gondolkodjunk. Mi okozza?**

Erzsi néni – szakápolói gondolkodás

1. Mi történt? Megváltozott az állapot.

2. Mi lehet az ok?

- immobilitás,
- inkontinencia,
- nedvesség,
- nyomás,
- tápláltsági probléma.

3. Fájdalma van?

Megfigyeljük:

- arckifejezés,
- mozgás,
- hangadás,
- elutasítás,
- védekező reakció.

4. Milyen a bőr?

- lokalizált vagy diffúz?
- nyomáspont felett?
- nedves?
- sérült?
- meleg?
- duzzadt?

5. Mit kell változtatni?

- pozicionálás,
- mobilizáció,
- inkontinenciakezelés,
- bőrvédelem,
- táplálás,
- folyadékbevitel.

6. Mit kell dokumentálni?

Mindent, ami a döntésünket indokolja.

A történet folytatása

Három nap múlva a bőrelváltozás romlik.

Megjelenik:

- fokozódó fájdalom,
- nedvezés,
- környező bőrpír.

=> Erzsi néni nyugtalanabb.

Itt már nem az a kérdés:

„Milyen krémet használjunk?”

Hanem:

„Mi változott, és szükséges-e további szakellátás?”

A szakápoló felismeri a változást, dokumentál, jelzi az orvosnak, és a helyi eljárásrend szerint kezdeményezi a további ellátást.

Ez a kompetens szakápolás.

Szakápolási dilemma VII.

„Demens, ezért biztosan nem érti.”

Ez veszélyes szemlélet.

A demenciával élő személy:

- lehet, hogy nem érti a hosszú magyarázatot,
- de értheti a rövid mondatot;
- lehet, hogy nem tud válaszolni,
- de érzékeli a hangszínt;
- lehet, hogy nem tudja megfogalmazni a fájdalmat,
- de jelzi a viselkedésével.

Ezért:

- **Kevesebb szó.**
- **Több idő.**
- **Több megfigyelés.**
- **Több türelem.**

A hozzátartozó szerepe

Gyakran fontos információforrás.

Ő tudhatja:

- hogyan kommunikált korábban az ellátott,
- mit szeret,
- mitől fél,
- hogyan jelezte korábban a fájdalmat,
- milyen ételt fogad el,
- hogyan szokott aludni,
- milyen viselkedés jelent nála változást.

A személy-központú ellátásban a hozzátartozó bevonása nem „szívesség”, hanem sok esetben értékes szakmai információforrás.



Mikor válik a gondozás szakápolássá?

A gondozási és szakápolási feladatok gyakran összekapcsolódnak.

Higiénés ellátás, étkezés támogatása, pozicionálás, gyógyszerelés vagy sebellátás közben a szakápoló folyamatosan figyeli az ellátott állapotát, felismeri a változásokat, és szükség szerint beavatkozik.

A szakápolás sajátossága, hogy a beavatkozás tudatos megfigyelésre, állapotértékelésre és szakmai döntésre épül.

A szakápolási döntési folyamat:



A szociális ágazat sajátos helyzete

A szociális intézményben gyakran nincs jelen folyamatosan:

- orvos,
- sebész,
- sebkezelési szakember,
- dietetikus,
- gyógytornász.

Ezért különösen fontos: **a szakápoló korai felismerési képessége.**

A szakápoló sok esetben az a személy, aki: **először észreveszi az állapotbeli változást.**

Ez **hatalmas szakmai felelősség!**

Kompetenciahatárok

A jó szakápoló tudja:

- **Mit végezhet el önállóan?**
- **Mit végezhet előírás alapján?**
- **Mikor kell konzultálnia?**
- **Mikor kell orvost bevonni?**
- **Mikor szükséges sürgős ellátás?**

A kompetenciahatár nem korlátozza a szakmai munkát.

➤ **Biztonságossá teszi.**

A legfontosabb gondozói és szakápolói kérdések

Minden olyan ellátottnál, aki teljes ellátásra szorul, naponta kérdezzük/ figyeljük meg:

1. Tud ma mozogni?
2. Tud ma enni és inni?
3. Fáj valamije?
4. Ép a bőre?
5. Van-e új elváltozás?
6. Változott-e a viselkedése?
7. Változott-e bármi a tegnapi állapothoz képest?

Ha bármelyikre: „igen, változott” a következő kérdés: „Mi okozhatja?”

A prevenció nem pluszfeladat

➤ Nagyon fontos szemléletváltás:

A prevenció nem egy külön feladat a napi munkán kívül.

=> A prevenció: **a mindennapi gondozás része.**

Amikor:

- megfordítjuk,
- megemeljük,
- megetetjük,
- megitatjuk,
- tisztába tesszük,
- megvizsgáljuk a bőrét,
- mobilizáljuk,

akkor valójában **nyomási sérülést előzünk meg.**



A „régén mindig így csináltuk” nem szakmai érv

A szociális és az egészségügyi ellátás során sok olyan gyakorlat él tovább, amelynek történeti jelentősége van, de a korszerű bizonyítékok már mást támogatnak.

A szakmai gyakorlatnak ezért folyamatosan fejlődnie kell.

A kérdés nem: „Miért nem csináljuk úgy, ahogy régen?”

Hanem: **„Mit mond a jelenlegi bizonyíték, szakmai irányelv?”**

„A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben”.

A 2025-ös **nemzetközi irányelv** már folyamatosan frissített online formában érhető el, ami jól mutatja, hogy a nyomási sérülések megelőzésével és kezelésével kapcsolatos tudás folyamatosan fejlődik.

https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002228-2024-a-nyomasi-fekely-rizikofelmerese-prevencioja-es-kezelese&inline=true
Egészségügyi szakmai irányelv - A nyomási fekély rizikófelmérése, prevenciója és kezelése

<https://www.internationalguideline.com/>

A nyomásfekélyek/sérülések megelőzése és kezelése: klinikai gyakorlati iránymutatás- A nemzetközi iránymutatás

A nyomásfekélyek/sérülések megelőzése és kezelése: A klinikai gyakorlat irányelvét 2009 óta az Európai Nyomáscsökkentő Tanácsadó Testület, a Nemzeti Nyomássérülési Tanácsadó Testület és a Pan Pacific Nyomássérülési Szövetség közösen, társult szervezetekkel együtt készítette.

Hazai helyzet – miért van még dolgunk?

- A hazai kutatások alapján a prevenciós gyakorlatban továbbra is vannak fejlesztendő területek.
- A 2024-es hazai vizsgálat az új szakmai irányelv tükrében vizsgálta a nyomási fekély prevencióját és ellátását.
- A szerzők többek között azt találták, hogy ***a vizsgált intézmények között különbségek mutatkoztak a decubitus-teamek és a prevenciós gyakorlat tekintetében.***

Ez azt jelenti: **nem elég, ha van szakmai irányelv.**

- A mindennapi gyakorlatba is be kell építeni.

Mit tudunk holnaptól másképpen csinálni?

1. Minden magas kockázatú ellátottnál tudatosabban figyeljük a bőr állapotát.
2. Nem csak a sebet, hanem az egész embert vizsgáljuk.
3. A viselkedésváltozást lehetséges fájdalomjelzésként is értelmezzük.
4. A pozicionálást egyénre szabjuk.
5. A mobilitás minden megmaradt elemét támogatjuk.
6. Figyeljük az étkezést és folyadékbevitelt.
7. A seb állapotát objektíven dokumentáljuk.
8. Állapot romlás esetén nem várunk feleslegesen.
9. Tudjuk, hogy mikor kell segítséget kérni.
10. Mindenekelőtt: **nem a feladatot, hanem az embert látjuk.**

Záró gondolat

A teljes ellátásra szoruló, **demenciával élő idős ember gondozása az egyik legösszetettebb szakápolási feladat.**

Nem azért, mert bonyolult technikai beavatkozásokat kell végezni.

Hanem azért, mert gyakran:

Az ellátásra szoruló, idős, demenciával élő gondozott helyett kell észrevennünk, amit ő már nem tud jelezni.

Nekünk kell észrevenni:

A változások gyakran nem szavakban, hanem jelekben mutatkoznak meg.

Figyeljünk a láthatatlan jelekre is!



A fájdalmat

Fájdalomjelzés lehet a nyugtalanság, elutasítás, alvászavar, viselkedésváltozás.



A félelmet

Szorongás, visszahúzódság, bizalmatlanság, elutasítás a gondozással szemben.



A kiszáradást

Kevesebb folyadékbevitel, száraz nyálkahártyák, sötétebb vizelet.



A táplálkozási problémát

Csökkenett étvágy, fogeyás, nehezített evés-nyelés, elégtelen tápanyagbevitel.



A bőrelváltozást

Bőrpír, hámítás, szárazság, sérülés, elszineződés, maceráció.



A kezdődő nyomási sérülést

Tartós bőrpír, melegebb bőr, keményedés, fájdalom nyomáspont felett.



A fertőzés jeleit

Fokozódó váladékozás, kellemetlen szag, terjedő bőrpír, láz, általános állapotromlás.



Az állapotromlást

Több alvás, kevesebb aktivitás, kevesebb kommunikáció, hirtelen viselkedésváltozás.



És nekünk kell időben megtenni a következő lépést.



Észlelés

A változás felismerése



Értékelés

A lehetséges okok megmérése



Konzultáció

Szükség esetén orvos / szakember bevonása



Beavatkozás

Személyre szabott ápolási terv szerint



Dokumentáció

A változások rögzítése



Újraértékelés

A hatás követése

Időben észrevenni – megelőzni a szövődményeket!

Amit magunkkal vihetünk ...
„Ne a sebet lássuk – lássuk az embert, akinek sebe van.”

Három dolog amit vigyél magaddal:

1. Nézzek a felszín mögé.

A látható probléma mögött mindig keresd az okokat.

2. Ismerjem fel a változást.

A demenciával élő ember viselkedésének változása fontos klinikai jelzés lehet.

3. Tudjam, mikor kell lépni.

A korai felismerés csak akkor ér valamit, ha azt megfelelő szakmai döntés és

beavatkozás követi.

A felszínen a seb látható.

Alatta ott vannak a kockázati tényezők.

Mélyebben ott van maga az ember.

A mi feladatunk, hogy mindhármat észrevegyük.



Irodalom és szakmai háttér

- ❑ Bell, V., & Troxel, D. (2001). *The Best Friends Approach to Alzheimer's Care*. Health Professions Press.
- ❑ 2.Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: Making services better*. Jessica Kingsley Publishers.
- ❑ 3.Camp, C. J., & Skrajner, M. J. (2004). *Montessori-based activities for persons with dementia*. Menorah Park Center for Senior Living.
- ❑ 4.Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361–381.
- ❑ Feil, N. (1993). *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with Alzheimer's-type dementia*. Health Communications.
- ❑ Gitlin, L. N., & Hodgson, N. (2015). Caregivers as therapeutic agents in dementia care: The evidence-base for interventions supporting their role. *The Gerontologist*, 55(S1), S1–S13. Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369.
- ❑ Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- ❑ Lin, L. C., Yang, M. H., Kao, C. C., Wu, S. C., Tang, S. H., & Lin, J. G. (2010). Using Montessori-based activities for clients with dementia in institutionalized settings. *Geriatric Nursing*, 31(6), 369–374.
- ❑ Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... & Cooper, C. (2017). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 429–437.
- ❑ Van der Ploeg, E. S., Eppingstall, B., Camp, C. J., Runci, S. J., Taffe, J., & O'Connor, D. W. (2013). The study of Montessori-based activities for people with dementia: Effects on engagement and affect. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 565–575.
- ❑ Magyar Alzheimer Társaság. Szakmai ajánlások a demenciaellátásról.
- ❑ Kovács, T. (2018). A Montessori-alapú megközelítés alkalmazása demenciával élők ellátásában. *Gerontológiai Szemle*.
- ❑ Belügyminisztérium – Egészségügyi Szakmai Kollégium: *A demencia kórismézése, kezelése és gondozása*. Egészségügyi szakmai irányelv, 002104, 2022.
- ❑ Belügyminisztérium: *A nyomási fekély rizikófelmérléséről, prevenciójáról és kezeléséről*. Egészségügyi szakmai irányelv, Egészségügyi Közlöny, 2024. Az irányelv megjelenését és alkalmazását a hazai szakirodalom is feldolgozta.
- ❑ Cseh B., Dózsa Cs. L., Ujváriné Siket A., Balogh Z. (2024): A hazai nyomási fekély prevenció és ellátás felmérések eredményei az új szakmai irányelv ajánlásai szemszögéből. *Nővér*, 37(6), 4–11. DOI: 10.55608/nover.37.0024.
- ❑ EPUAP, NPIAP, PPPIA: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline*. 2019.
- ❑ EPUAP, NPIAP, PPPIA: *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. 2025. A negyedik kiadás online, folyamatosan frissülő irányelvként indult el 2025-ben.
- ❑ Gould L. J. et al. (2024): WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers—2023 update. *Wound Repair and Regeneration*. A sebágy-előkészítés során a teljes beteg és a sebgyógyulást befolyásoló szisztémás tényezők értékelését hangsúlyozza.
- ❑ NICE: *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97)*. A demenciával élő, önmagától fájdalmat jelezni nem képes személyek strukturált megfigyelésen alapuló fájdalomfelmérését is ajánlja.
- ❑ 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet: *A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről*. A rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások szakmai és működési kereteit szabályozza.
- ❑ https://kollegium.okfo.gov.hu/sites/eszk_portal/pfile/file?path=tagozatok/17._Geriatria_es_kronikus_ellatas/dokumentumok/kulso-publikus/multimorbid-geriatriai-betegek-ellatasarol-es-kezeleserol-iranyelv
- ❑ https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002228-2024-a-nyomasi-fekely-rizikofelmerese-prevencioja-es-kezelese&inline=true

*„Nem az a lényeg, hogy milyen betegségben szenved az ember,
hanem hogy milyen ember szenved a betegségben”*

Sir William Osler

Köszönöm a figyelmet!

*„Az ápolás soha nem a betegről szól, akit kezelni kell,
hanem az emberről, akit meg kell érteni.”*

— Tom Kitwood