

Tartalomjegyzék

1.Bevezetés	1
1.1. A témaválasztás indoklása	1
1.2.A témaválasztás személyes aktualitása.....	2
2.Az időskor, mint fogalom.....	3
2.1.Az időskorban megjelenő pszichés elváltozások.....	5
2.1.1.Mentális változások.....	5
2.1.2.Mentális változást okozó pszichológiai tényezők.....	6
2.2.Gyógyszeres kezelés terén tapasztalható változások az idős szervezetben.....	7
2.3.Az időskori pszichiátriai betegségek kialakulásának megelőzése.....	7
3.Az időskori depresszió.....	8
3.1.A depresszió biológiai tényezői.....	9
3.2.A depresszió társadalmi, szociális tényezői.....	10
3.3. Az elmagányosodás jelensége és okai.....	11
4.A pszichiátriai betegellátás átalakítása és pénzügyi hatásai	11
5.A pszichiátriai betegek utógondozásának formái.....	18
5.1.Pszichiátriai Betegek Otthona.....	19
5.2.Idősek Otthona.....	20
5.3.Pszichiátriai Betegek Nappali Ellátása.....	20
5.4.Közösségi Pszichiátriai Ellátás.....	21
6. A kutatás bemutatása.....	21
6.1. Hipotézisek.....	22
6.2. A kutatás helye, ideje.....	22
6.3. Minta és módszer.....	23
7.Eredmények és megbeszélés	23
7.1. „Az élet a legjobb rehabilitáció”.....	23
7.2. Az öregedés jeleinek elfogadása.....	25
7.3. A közösség gyógyító ereje.....	26
7.4. A társ szerepe az idősek életében.....	28
7.5. Az élethosszig tartó tanulás.....	28
7.6. „Vegyük észre!”.....	29
8.Következtetések és javaslatok	30
9.Összefoglalás	32
Irodalomjegyzék, Mellékletek	

1.Bevezetés

Az öregedés számos testi, lelki, funkcionális valamint pszichoszociális változással jár, mely összességében jelentősen befolyásolja az ember életét. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy amint a nappalok és éjszakák váltakozása, úgy az öregedés is teljesen természetes folyamat, megállítani vagy visszafordítani egyetlen ember sem képes. Habár számos kutató tett már nagymérvű lépéseket afelé, hogy megfejtse, miért is történik mindezen folyamatok összessége az emberi szervezetben, ezek a kutatások a tudományos élet színterén maradtak. Egyik sem tudott üdvözítő megoldást nyújtani a problémára. Maradt tehát a miértekre történő válaszok buzgó kutatása, és az a nagyszabású feladat, hogy jelen ismereteinkkel megpróbáljuk hozzásegíteni időseinket egy olyan életszakasz helyes szemléletéhez, amely nemhogy lezárása az életnek, hanem épphogy a felfedezések kezdete.

Az idők egészségügyi állapotának fenntartásában, vagy éppen romlásában fontos és meghatározó szerepet kap társadalmi megítélésük. Példaképp említve Spárta fő kormányzó testülete, a „gerúszia” vének tanácsa volt, ahol a tagok mind hatvan évüket meghaladó idők voltak, és nagy tisztelet vette körül őket, előjogaikat pedig halálukig megtarthatták. Ma azonban egészen más a társadalmi strukturáltság, az idők nyugdíjba vonulásuk után mintegy elszakadnak a korábbi közösségtől, és azokban a családokban, ahol nincs lehetőség a nagyszülőkkel való rendszeres kapcsolattartásra, ott elmagányosodás figyelhető meg, amely nagymértékben növeli a depresszió kialakulását.

1.1. A témaválasztás indoklása

Mint ma már tudjuk, a legtöbb betegség keletkezésében az okok egész sorát mérlegelni kell, és ennek során a génektől a környezetig, a hormonoktól a táplálkozásig és a sejtektől a stresszig sok lehetőség adódik. A betegségeket lényegében a biológiai, a pszichikus és szociális hatások interakciója, kölcsönös gátlása vagy erősítése hozza létre. Egy szervgyengeség éppúgy kifejtheti hatását, mint egy genetikusan meghatározott anyagcsere-zavar, egy agresszív kórokozóval való találkozás, az életkor, egy fontos kapcsolat elvesztése, az alkoholfogyasztás és dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és néha még az időjárás is. Már Hippokratész megállapította: „Ami a lélekben végbemegy, befolyásolja a testet és fordítva. A valóságban egyiket sem lehet a másik nélkül szemlélni.” Aki az egész embert tartja szem előtt, az minden betegséget pszichoszomatikusnak fog tartani, vagyis olyannak, amelyben a keletkezésnek és a lefolyásnak is van testi és lelki dimenziója egyaránt. Pszichoszomatikus tehát nem annyit jelent, ahogyan gyakran tévesen hiszik, hogy testi tünetek egyedül lelki hatásra jönnek létre. (Ezt pszichogénnek nevezzük.) Úgy tűnik, hogy az ember természetének jobban megfelel, ha mindkét pólust tekintetbe vesszük. (1)

Hogy mennyire így van ez idős korban, azt a mindennapokban is érzékelhetjük. Számos tényező idézhet elő szomatikus betegséget ebben a korosztályban, amelyeket nem szabad könnyelműen kezelnünk. Akár maga az egyedüllét, vagy szociális nehézségek is generálhatnak fizikális tüneteket. Ez országszerte élő probléma, annál is inkább, mert egyre növekvőben van az idők aránya a társadalomban. Az öregkorral járó pszichés változásokra azonban úgy gondolom nincsenek felkészülve sem az alapellátás szakdolgozói, sem pedig a társadalom tagjai. Ezért indokoltnak éreztem a téma kutatását és az eddig elért eredmények áttekintését, ezzel is pótolva azt a szemléletbeli hiányosságot, amely az idősebb korosztállyal szemben fennáll. Úgy vélem, hogy a geriátriában különösen fontos a holisztikus gyógyítás szemléletének megerősítése, hiszen a fentebb említett okok miatt belátható, hogy nem pusztán fizikai tényezők idéznek elő betegségeket. Kutatásom a gerontopszichiátria témakörére irányul, melynek során arra a kérdésre keresem a választ, hogy mely okok vezethetnek az idős

korban kialakuló organikus hangulatzavar diagnózisához, valamint mely tényezők befolyásolják pozitívan az időskori psziché megváltozását. Diplomás ápolóként fontosnak tartom a rehabilitációs lehetőségek tárházának kutatását, mélyítését és bővítését, valamint elsősorban a család és hozzátartozók oktatását, szemléletformálását a betegséggel és annak kezelésével kapcsolatban.

„A gerontopszichiátria interdiszciplináris klinikai tudomány, amely a biológiai alaptudományok – továbbá a neuropatológia és a neurofiziológia – eredményeiből, az egyetemes klinikai ágazatok tapasztalataiból, továbbá pszichológiai, pszichopatológiai és szociológiai tényállások szálaiból szövődött.” (2)

Ezért is tartom fontosnak ezen komponensek alapján vizsgálni, és felmérni, hogy az idős emberek egészségi állapota mennyiben függ a szociális, pszichológiai valamint fizikai tényezőktől. Az általam választott témát azért gondolom jelentősnek, mert meg kell ismernünk az idős emberekre ható tényezőket, ennek befolyását a betegségek kialakulására, valamint egy olyan holisztikus szemléletet kell elősegítenünk nemcsak az egészségügyi szakdolgozók munkájában, hanem a család hozzáállásában is, amely elősegíti az idősekkel való megfelelő bánásmódot, hogy ez alapján kifejlődhessen a türelem és szolidaritás a generációk között.

1.2. A témaválasztás személyes aktualitása

Az idős emberek mentális egészségének változását, romlását, illetve ezeknek a destruktív folyamatoknak az eredményét személyesen is tapasztalhattam a miskolci MISEK pszichiátriai osztályán töltött munkám során. Egy pszichiátriai osztályon önmagában is számos betegségtípus fellelhető, azonban megdöbbentő volt számomra az idős emberek magas aránya. Sok esetben valóban megalapozott kórkép miatt tartózkodtak ezek a betegek az osztályon, viszont vannak esetek, amikor a család képtelen gondoskodni az esetleg már szellemileg hanyatló időséről, szociális intézményben való elhelyezése nem megoldható (sokszor helyhiány, de legtöbb esetben anyagi akadályok miatt) és végső soron a pszichiátriai osztályon köt ki rövidebb- hosszabb ideig. Nyilván ennek társadalompolitikai okai is vannak, mégis elszomorító a gondolat, hogy talán ez a mentális hanyatlás megelőzhető lett volna, legalábbis valamilyen szinten előrelátható, keretek között tartható. Kutatásaim során célom az, hogy lehetséges alternatívákat találjak azoknak a problémáknak megoldására, melyek az idős emberek mentális egészségének idő előtti hanyatlását okozzák, illetve a gyakorlatban is megvalósítható koncepciókkal segíthessem az idős emberek pozitív önképének kialakulását és szinten tartását. Kórházi munkám során megtapasztaltam mennyire érzékenyek az idős betegek a helyváltozásra, az idegen környezet jelentősen megviseli őket, és sokszor a magányosság érzése, a szorongás tovább rontja állapotukat. Talán közhelyként hangzik, mégis meggyőződésem, hogy a pszichiátrián kezelt idős betegek mennyire igénylik az empatikus odafordulást, habár ez bármely osztályra jellemző. Munkám során igyekeztem a lehető legnagyobb szeretettel fordulni azok felé, akikkel szemben a társadalom igen nagy sztereotípiákkal él. Meglepett, amit a betegek részéről tapasztaltam, hiszen azok az idős emberek, akik a család közösségén, - az osztályon fekvő pedig a társadalmon is – kívül rekedtek, olyan mély hálával és megbecsüléssel fordultak felém, amelyért úgy gondolom érdemes egészségügyi dolgozónak lenni. Hiszem, hogy a kitartó és áldozatos munka mindig meghozza gyümölcsét, még akkor is, ha ennek csak évek múltán látszik konkrét eredménye. Ez a gerontológiára különösen igaz. Számomra nagyon fontos, hogy a velem egykorú, felnövekvő nemzedék egészen más szemlélettel és nagy türelemmel forduljon az idős betegek felé, akik

életük alkonyán különösen megérdemlik a szeretetet és gondoskodást. Ez sajnos a mai átalakuló és bizonytalan társadalmi helyzetben még nagyobb jelentőséggel bír. Egy-egy idős beteg személye, akikkel az ápolási folyamat végzése során megismerkedhettem rádöbbenett arra, hogy felismerjem, hatalmas szükség van megelőző, az idősök mentális egészségét megóvó tevékenységek kidolgozására, hogy ezek a csillogó, némán hálát mondó szemek továbbra is velünk maradhassanak, a lehető legjobb egészségben. Nem szabad helyet adnunk a sajnálatos módon egyre növekvő negatív sztereotípiáknak, hanem egy olyan szemléletet kell kialakítanunk és segítenünk, amely központi tényezője az elfogadás, tolerancia és türelem a betegekkel szemben. Hiszen ne feledjük, szerencsés esetben egyszer mi is leszünk idősök. Ugyanazzal a szeretettel és megértéssel forduljunk felénk, amelyet mi is szívesen fogadnánk hasonló esetben.

„Gyógyító erő a szeretet. Ki teste, ki lelke egészségét köszönheti e csodának, ki teljes emberségét.” (Tatiosz)

2. Az időskor, mint fogalom

Mielőtt az idősök körében tapasztalható pszichés változásokról és egyéb betegségekről szót ejtenék, fontosnak tartom az időskor fogalmának pontos ismertetését. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének (WHO) besorolása szerint a következő életszakaszokat különböztetjük meg (3):

- 50-60 éves kor: áthajlás kora
- 60-75 éves kor: idősödés kora
- 75-90: időskor
- 90-100: aggkor
- 100 év felett: matuzsálemi kor

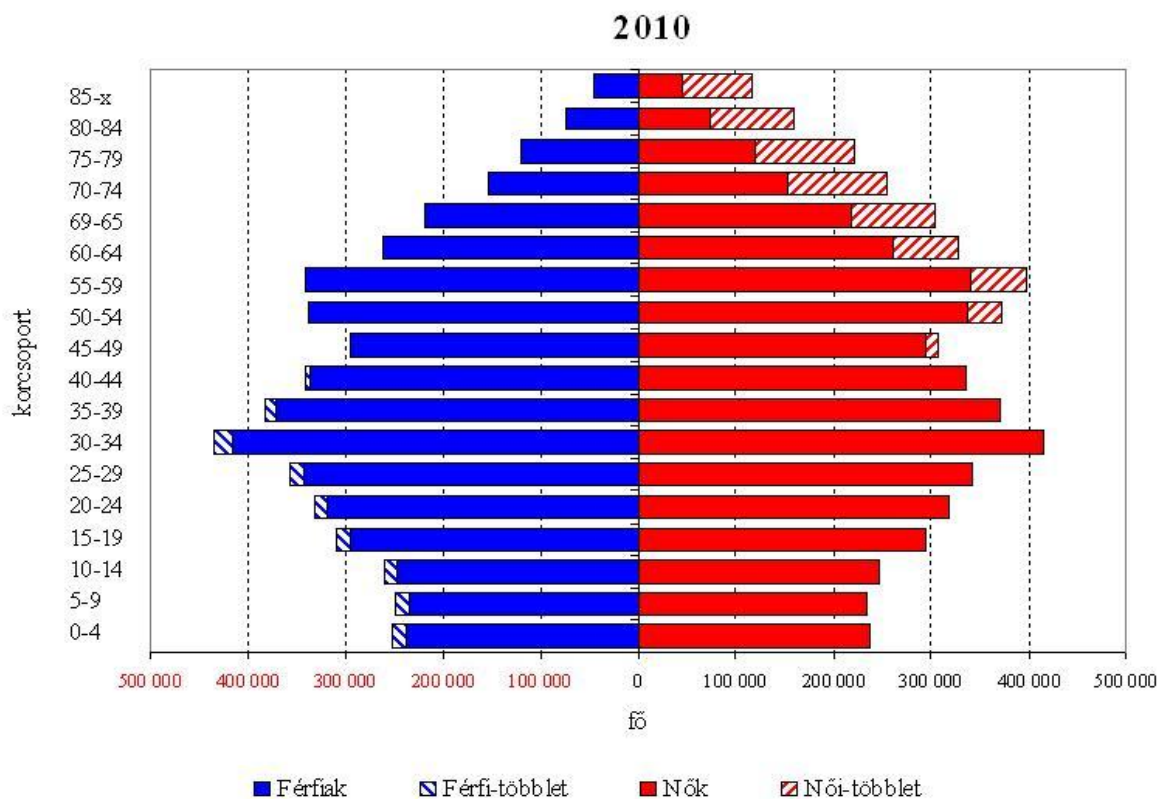
A kutatások, elemzések során gyakran a 60 éves korhatárt használják, habár a társadalmi strukturáltságot tekintve ez az életkor egyáltalán nem nevezhető idősnak, sok esetben kifejezetten aktív életet foglal magában. Magyarországon a nyugdíjkorhatárt szintén 60 év felett állapították meg. 2005-ben az átlagos nyugdíjazási életkor férfiak esetében 60,1 volt, míg nőknél 57,7 év. Ez az arány 2012-ben 62 éves korra duzzadt, viszont reális jövőképek tűnik, hogy 2025-re elérheti a 65 évet is (4).

A nyugdíjkorhatár emelése csak egyike azon megoldási alternatíváknak, amellyel a mai társadalomnak és vezetésnek szembe kell néznie. A probléma valójában a mélyben gyökerezik, ugyanis az elmúlt évtizedekben jelentős demográfiai változások következményeként nő az idősök száma, valamint várható élettartamuk a társadalomban.

Drámai változás tapasztalható a fejlett országok összetételében, ugyanis az egészségügy rohamos fejlődésével, a betegségek korai felismerésével és a személyes higiéne magas szinten tartásával sikerült elérni a születéskor várható élettartam növekedését. 2002-ben a várható élettartam 78 és 82 év között ingadozott, viszont az 1950-55 közötti időszakban ez az érték 61-től 67 éves korig terjedt. A hetvenes évek vége felé egyre inkább csökkentek a házasságkötések, a válások viszont gyakoribbá váltak, ami végső soron a gyermekvállalás területén okozott elmaradást. Az újszülöttek száma egyre kevesebb lett, ezáltal teljesen átalakult az eddigi társadalom életkori összetétele. A munkaerő piaci változások, a lakáshoz jutás nehézségei, valamint a karrierépítés priorizálása végső soron a nők gyermekvállalásának csökkenéséhez vezetett, ebből pedig egyenes arányossággal következik az időskorúak számának megnövekedése a társadalomban (1. számú ábra). Tehát a fejlett országok

előregedőben vannak, ez pedig nemcsak szociális szempontból generál megoldandó kérdéseket és problémákat, hanem az egészségügyi ellátás területén is nehézségeket okoz.

1.számú ábra: A magyar népesség korfája



Forrás: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Korfa>

Ugyancsak jelentős változást élt meg a legszorosabbnak és legjelentősebb kapcsolatok tartott család szerkezete is. A régebbi generációk sokszor együtt, egy háztartásban éltek mindennapjaikat, a felnövekvő gyermekek, unokák szívesen hallgatták a nagyszülők, idősebb rokonok tanácsait, tapasztalatait. Érték volt az idős ember, akinek bölcsessége jótékonyan végigkísérte a család életét. Ma is találunk olyan kultúrákat (például Japánban), ahol az időseket felettébb nagy tiszteletben tartják. Ez a családi kötődés nemcsak a Maslow-i szükségletet, a valahová tartozás érzését jelentette, hanem megővta az idős embert a manapság igen gyakori elmagányosodástól.

Számos kutatás foglalkozik ezzel a figyelmet érdemlő problémával, ugyanis azok az idős emberek, akik távol élnek a családtól, segítő közösségtől, hajlamosabbak nemcsak az organikus megbetegedésekre, hanem a pszichés eredetű kórok kialakulására is. Tehát gyakrabban találkozunk az elmagányosodás következtében kialakult depresszióval, szorongásos betegségekkel, hangulatzavarokkal, sőt olykor öngyilkossággal foglalkozó gondolatokkal is. Nem ritka, hogy ezek a kezeletlen pszichés problémák valóban öngyilkossághoz vezetnek.

2001-ben a Pécsi Tudományegyetemen készült ezzel kapcsolatban egy érdekes és igen informatív kutatás (5), melyben a szerzők a pécsi klinikai centrum eredményei alapján vizsgálták a 65 év feletti szuicid, tehát öngyilkossági kísérletet elkövetők jellemzőit, különös

tekintettel az organikus és hangulatzavarokra, valamint egyes szociodemográfiai komponensekre. A vizsgálati eredményeket értékelve a következő meglátásra jutottak:

- az öngyilkossági kísérletet elkövetők között jelentős női dominancia figyelhető meg
- nagyobb az özvegyek aránya
- nagyobb az alacsonyan iskolázottak aránya
- gyakrabban választottak „kemény” módszereket (akasztás, vágás, vegyszermérgezés)
- a gyógyszermérgezésen belül a kispotenciálú benzodiazepinek, a barbiturátok, ill. egyéb altatók nagyobb arányban szerepeltek
- a diagnózisok között gyakrabban fordult elő organikus zavar depressziós zavar és a gyógyszerfüggőség kórisméje.

A szerzők összevetve a nemzetközi statisztikai adatokat a hazánkban mért eredményekkel megállapították, hogy az elmúlt évtized szuicid halálozásának csökkenő tendenciája ellenére a Magyarországon elkövetett időskori öngyilkosság még mindig a legmagasabb. Az említett csökkenés az idősebb korosztályban is megjelent, de a 65 évnél idősebb férfiak körében még így is kétszeres, míg nők esetében közel háromszoros a 100 000 lakosra viszonyított öngyilkossági ráta a fiatalabbakhoz viszonyítva. A statisztikai adatok szerint évente több, mint 500 idős férfi és több, mint 300 idős nő követ el öngyilkosságot, hogy véget vessen életének. A hangulatzavarok mellett fontos, hogy figyelmet fordítsunk a szuicid gondolatok felismerésére, mint például „nem érdemes élni”. A szerzők úgy gondolják, hogy „az egészségügyi és szociális ellátó rendszerekben (különös tekintettel az alapellátásra) dolgozó orvosok és más szakemberek továbbképzése kulcsszerepet játszhat az időskori öngyilkos magatartás kialakulásának megelőzésében” (6).

A kutatás eredményeinek ismeretében nyilvánvalóvá válik, hogy az időskori organikus mentális zavarok, szorongásos megbetegedések, valamint a depresszió felismerése és kezelése létfontosságú. Nemcsak azért, hogy a fent ismertetett öngyilkossági kísérletekre való hajlamot megelőzzük, hanem hogy ezek a hangulatzavarban szenvedő, problémákkal, olykor magányossággal küszködő idős emberek egy biztonságosabb, emberibb életszínvonalon tudjanak maradni. Ehhez szükség van nemcsak az egészségügyi dolgozók, hanem a család és a hozzátartozók odaadó, segítő magatartására és munkájára is.

2.1. Az időskorban megjelenő pszichés elváltozások

A depresszió kialakulásának hátterében sokszor olyan természetes szomatikus vagy mentális változás áll, amelyek az idősödő szervezetben egyre inkább fellelhetők. Ezen tényezők ismeretében sokkal könnyebb kiszűrni az esetleges okokat, a mélyben szunnyadó problémákat, feldolgozatlan eseményeket, nehézségeket. Ahhoz, hogy időben felismerhetővé váljon a kórkép, ismernünk kell az alapvető változásokat az idős szervezetben. A következőkben szeretném röviden összefoglalni mindezt (7).

2.1.1. Mentális változások:

- a rövidtávú memória romlik, de a hosszútávú megmarad (példaként említve milyen érdekes, hogy nagyszüleink életük meghatározó eseményeire olyan élesen vissza tudnak emlékezni, mintha nemrég éltek volna át – ezek az emlékek a háború(k) alatt tapasztalt eseményekre terjednek ki leggyakrabban)
- az alvás ideje, REM csökken (az idős szervezetnek sokszor elég 4-5 óra az éjszakai pihenésből, ugyanakkor nappal gyakran elbóbiskolnak; krónikus megbetegedés esetén az egyébként is lerövidült alvásszakaszt zaklatottá tehetik a testi fájdalmak

megjelenése, például ízületi, reumatikus eredetű fájdalmak, esetleg fülzúgás (tinnitus) zavarhatja meg az éjszakai álmot)

- intellektuális teljesítmény csökken, illetve lassul (sok idősnek problémát okoz a technikai fejlődéssel lépést tartani, például mobiltelefon, vagy számítógép használata; az új dolgokkal való megismerkedés ambíciójának hiánya azonban növeli a társadalmi izoláció veszélyét, ugyanakkor tény, hogy az elektronikus eszközök használatával sokszor könnyebben kapcsolatot tudna teremteni az idős ember saját hozzátartozóival, környezetével).

Szeretnék megemlíteni egy figyelemfelkeltő kutatást (8), amelyet pontosan ennek a problémakörnek a fontossága ihletett, feltárva a jelen nehézségeket. A kutatásban szereplő időseket (természetesen akik hajlandóságot mutattak az ilyen irányú fejlődésre) számítógépekhez juttatták pályázati finanszírozás révén. Ezzel a csoporttal megtanították a számítógép és az internetböngésző használatának alapelveit, valamint a Skype működését. Olyannyira sikerült elsajátítaniuk a személyes kontaktus és beszélgetés ezen internetes formáját, hogy távoli családtagjaikkal napi kapcsolatot tudtak fenntartani. A program hatalmas előnye és hozadéka, hogy ezeknek az időseknek napi aktivitást és programot jelentett a beszélgetésekre való felkészülés (külső megjelenés a kamera előtt), valamint egész nap izgatottan várták a megbeszélt időben történő kommunikációt. Tehát céljá vált a következő napra való felkészülés, és az életesemények, élmények megbeszélése a családtaggal, ami nemcsak protektív funkciót látott el az idős ember mentális egészségére és frissen tartására nézve, hanem megóvta a programban résztvevőket a társadalmi izolációtól. Véleményem szerint ez egy fantasztikus és praktikus kezdeményezés az idős emberek pszichéjének megóvása szempontjából, valamint az elmagányosodás, mint a depresszió egyik rizikótényezőjének megakadályozása miatt is nagy jelentőséggel bír. Természetesen ennek a programnak is, mint minden más aktivitásnövelő tevékenységnek a nehézsége idős emberek körében az új dolgoktól való félelem, vagy éppen a közömbösség. Sajnos utóbbi egyértelműen ahhoz az érzéshez vezet, mintha az idős ember szép lassan lemaradna a világ mozgásáról és haladásáról, és már csak a múltban érzi magát otthon. Talán ezért is erősödnek fel ilyenkor a fiatalkori emlékek olyan élesen. Az izoláció megelőzése fontos szerepet játszik a depresszió prevenciójában, ezért is hasznosak azok az intézményesített ellátások, amelyek a közösségi integrációt segítik elő.

- érzékszervek funkciója romlik (sajnos a nem megfelelő látás és hallás szintén eredményezhet szorongásos tüneteket, a társadalomtól való egyre növekvő elfordulást, magányosságot, a kudarctól való félelmet. Ezért célszerű a depresszió tüneteinek észlelése esetén feltérképezni ezen hiányosságokat, hiszen lehet, hogy pusztán a rossz látás, vagy nem megfelelő hallás indukálta az idős beteg közösségtől való távolmaradását, ami további tényezőket létrehozva kialakított egy spirális irányú állapotromlást).

2.1.2. Mentális változást okozó pszichológiai tényezők

- családi szerepek átrendeződése (mint ahogyan a későbbiekben részletesebb tárgyalásra kerül, az idős emberek sokszor nehezen élik meg a modern életvitel eredményezte családi átrendeződést; ugyanis a fiatalok a jobb munkalehetőség és megélhetés reményében gyakran másik városba, olykor külföldre is költöznek. Emiatt az idős szülők egyedül maradnak, az egyik fél halála pedig erőteljes rizikótényező a magányosság kialakulása szempontjából. A több generációs családi modell eltűnésével azonban előkerült egy másik fontos tényező, ami a depresszió megbetegedéssel küzdő idős emberek nagy százalékában jelen van. Ez pedig a haszontalanság érzés.)

- hasznosság érzésének csökkenése (a család és a hozzátartozók közelségének hiánya indukálhat az idősokban hasonló érzéseket, ugyanis pontosan a fiatalok lakóhelyének megváltozása miatt nincs is lehetőség, sokszor igény sem arra, hogy például az unokákra a nagyszülő vigyázzon, vagy elmenjen a boltba, ezzel is kisegítve a dolgozó fiatalokat. Emiatt az aktivitáscsökkenés miatt érzi magát az idős ember haszontalannak, sokszor tehernek, aki senkinek sem kell, és máris elindulhat a depresszióvá alakuló lelkiállapot.)
- öregedés jeleinek megélése, félelem a haláltól
- az autonómia csökkenése (szomatikus és sokszor pénzügyi értelemben is)
- dogmatikussá váló gondolkodás, a modern eszközök felé való nyitottság hiánya.

2.2. Gyógyszeres kezelés terén tapasztalható változások az idős szervezetben

Fontos megemlíteni, hogy az idős szervezet egészen másképp tudja lebontani a gyógyszerekben lévő kémiai anyagokat, mint egy fiatal egyén. Az idősök sejtjeiben lassabb az elimináció és a felszívódás, ezért fokozott odafigyelést igényel a dózizálás. Ennek akkor lehet jelentősége, amikor az idős beteg vény nélkül is megvásárolható termékeket vesz be (például különböző fájdalmai miatt), és a lassabb lebontás, valamint felszívódás miatt elhúzódhat a készítmény hatóideje. Az idős ember gyakran úgy érzékeli, hogy a gyógyszer nem hatott, ezért újabbakat vesz be. Ez azonban könnyen túladagoláshoz vezethet, ezért különös figyelemmel kell kísérni minden ilyen esetet, és ha lehetőség adódik rá, megfelelő tájékoztatást nyújtani a beteg számára. A mellékhatásokkal szemben sokkal érzékenyebbek az idős betegek, valamint a túlzott terápiás hatás megjelenése is problémát okozhat. Ez esetben megfontolandó a kontrollált gyógyszeresedés, de ez természetesen a háziorvos vagy szakorvos kompetenciakörébe tartozik.

2.3. Az időskori pszichiátriai betegségek kialakulásának megelőzése

Közismert tény, hogy az idős emberek megszokott környezetükhöz erősen ragaszkodnak, apró szertartásos cselekvéseiket különösen nagy becsben tartják. Mondhatni megszokásból tesznek hasonló módon dolgokat, mégis ha ezek a kis ceremóniák kórházi bentfekvés, vagy hosszabb időn keresztül való távolmaradás miatt akadályoztatva vannak, az idős embert fizikálisan is megviseli. Példaként említve kórházi kezelés ideje alatt gyakran panaszkodnak alvási zavarokról, nyugtalanságról, szorongásról a betegek, amit gyakran abból az okból jön létre, hogy nem tudja megvalósítani az otthonában megszokott „elalvási szertartásait” (kis üveg víz az ágy mellett, cukorka a párna alatt, kis rádió az ágy szélénél, fényesség vagy éppen teljes sötétség a szobában). Tehát a megszokott cselekedetek akadályoztatása, valamint a megszokott környezet hiánya gyakran szorongáshoz, ennek hosszabb ideig való fennállása beforduláshoz, depresszióhoz is vezethet. A következő példával szeretném illusztrálni a szempont fontosságát, melyet magam tapasztaltam kórházi munkám során. Idős beteg, aki nemrég került felvételre a pszichiátriai osztályra, zavarodottan kereste az egyenletesen csempézett folyosófalon a kabátnak való fogast. Mindenképpen fel akarta akasztani a fürdőköpenyét (kabát híján) a sík felületre, ami természetesen minduntalan visszaesett a földre. Kétségbeesetten nézett rám, kérdezve: „nővérke, hol a szög? Itt szokott lenni...” Nyilván betegségéből adódott a zavart viselkedés, de mennyire jól szemlélteti ez az eset a megszokott környezet hiányát, és az abból fakadó kétségbeesést az idős betegnek. Ápolóként törekednünk kell arra, hogy lehetőségekhez mérten biztosítsuk ezt a megnyugtató környezetet a beteg számára, ami véleményem szerint nemcsak a pszichés állapotára hat kedvezően, de a

szomatikus betegségek gyógyulása is könnyebbé, gyorsabbá válik az ismerős, szeretett tárgyak, használati eszközök, és kedves, segítőkész arcok között.

Mint már említésre került, nagyon fontos a pszichés egészség minél hosszabb távú megőrzése érdekében a családi életben betöltött szerep, valamint a hasznosság érzése. Ha a hozzátartozókkal való gyakori kontaktus valóban nem megoldható – távolság, és egyéb akadályok miatt, - akkor megfontolandó a munkában vagy más örömet okozó tevékenységben való részvétel. Gyakori példa, hogy az idős emberek (kisvárosokban, falukban) egyetlen fő időtöltése a kertben való gyomlálás, virágültetés, zöldségtermesztés. Ez a tevékenység olyan örömet és elégedettséget okoz nekik, hogy ha valamilyen immobilizáló betegség, vagy egyéb tényező megakadályozná őket a kertészkedésben, az komoly hangulatromlást eredményezne, valamint a haszontalanság érzés miatt talán a depresszió egyik táptalaja is lehet. Ezért fontos, hogy az idős ember találjon magának olyan elfoglaltságot, amiben örömet lel, és nem utolsósorban a szabadidejét is hasznosan köti le. Sok idős az érzékszervek romlása miatt tartózkodik a szabadidős tevékenységektől, mint például olvasás, kézimunkázás, keresztretjvényfejtés, stb. A megromlott látás korrigálásával újra aktivizálható az idős, ami nagymértékben protektív hatással van a psziché megváltozására.

A depresszív tünetek mögött sokszor feldolgozatlan haláleset, vagy veszteség áll, ilyenkor nagyon fontos az idős ember meghallgatása, pszichés támogatása, szükség esetén szakember segítségének elfogadása. Gyakori sztereotípia idősök körében, hogy a problémák megoldása érdekében szakmai segítség kérése egyéb kórképeket feltételez. Nehezen nyílnak meg ezek az idősök, és sajnos sokszor a társadalom is magától értetődőnek veszi a depresszív tünetek korral való összefüggését. Meggyőződésem, hogy egy megfelelő ismeretekkel rendelkező ápolónak feladata felismerni ezeket a jeleket, hogy ily módon segítse a – sajnálatos módon igen leterhelt – háziorvos munkáját. Talán nem túlzás azt mondani, hogy az időben felismert betegség korán elkezdett kezelése életmentő lehet az idős beteg számára.

3. Az időskori depresszió

Az idős emberek életében bekövetkező hangulatzavarok és szorongásos tünetek okainak és jellegének vizsgálatához fontos, hogy tisztázzuk a depresszió, mint betegség fogalmát. Ennek szemléletes bemutatásához szeretném segítségül hívni Dr. Bánki M. Csaba írását, amelyből idézek (9):

„A depressziós hangulat inkább üres, fájdalmasan érzéketlen valami, a depressziós embert nem lehet felvidítani. Ilyenkor minden fáj, minden idegesítő, minden terhére van az embernek, még az örömhír, a siker vagy a kedves törődés is – éppen ez az örömtelenség a másik fő tünet. Ehhez társulnak azután a többiek: az egész napos és kipihenhetetlen fáradtság, a bénult magatehetetlenség, a döntésképtelenség, a szellemi képességek hirtelen romlása, a fizikai fájdalmak; az álmatlanság, vagy a rossz álmokkal szétszaggatott felszínes alvás; az étvágytalanság; a különféle aggodalmak, félelmek hol egy lappangó halálos betegségtől, hol a munkahelyi, társadalmi kudarctól, a megcsúgyenyüléstől, az elszegényedéstől.”

A depresszió mindig szakaszokban, epizódokban jelentkezik, amely nem pusztán egy rossz hangulat, ahogyan sokan annak tartják, hanem gyógyszerekkel megszüntethető, gyógyítható betegség és megfelelő kezeléssel nyom nélkül eltűnhet a beteg életéből. Problémát jelent azonban az idősök gyógyászatában (a geriátriában), esetleg az alapellátásban dolgozó háziorvosok körében, hogy az időskori hangulatzavarokat, vagy a már kialakult, de föl nem ismert depressziót összetévesztik a szorongással. Az utóbbitól való elkülönítés, még ha

gyakran együtt is jelentkezik a két folyamat, igen fontos. A differenciáldiagnózis során a következő szempontokat érdemes megfigyelni (10):

<i>Depresszió</i>	<i>Szorongás</i>
Tünettan	
depressziós hangulat reggel rosszabb hangulat ébredési inszomnia bűnösségérzés és anhedónia (lehangoltság, örömképtelenség) gyakoribb	szorongás uralta hangulat délután-este rosszabb a hangulat elalvási inszomnia pánikrohamok, fóbiák – vegetatív idegrendszeri aktiváció gyakoribb

Lefolyás	
általában szabályosan visszatérő depresszió, tünetmentes szakaszokkal	szabálytalan zajlás, részleges remisszió (tünetmentesség)

A depresszióval küszködő egyén a felé érkező információkat negatív irányban torzítja el, ami azt jelenti, hogy viselkedésében is ezek a minták kapnak meghatározó szerepet. A beteg sajátosan torzult képet alkot önmagáról, másokról, a világról és a jövőről egyaránt. Ezt nevezzük kognitív tetrádnak. A depresszív karakter kialakulásának, vagy másfelől a kognitív sérülékenységnak alapja lehet nemcsak egy, a beteg életében korábban bekövetkezett trauma, hanem családi, esetleg szociális zavar egyaránt (11).

Összefoglalva tehát a depresszió kialakulásának okait nem lehet egyetlen síkra korlátozni, ugyanis szerepet játszanak benne nemcsak a biológiai tényezők, hanem a genetikai öröklődés és a szociális alkalmazkodókészség is. A pontosabb megértés miatt szeretném ezeket a komponenseket részletesebben megvizsgálni.

3.1.A depresszió biológiai tényezői

A depresszió okait vizsgálva a kutatók arra jutottak, hogy egyes neurotranszmitterek (ingerületátvivő anyagok), mint a noradrenalin, acetilkolin, dopamin és a szerotonin koncentrációváltozása idézi elő a hangulati epizódot. A csökkent agyi szerotonin- és noradrenalinaktivitást kiváltó okként tartották számon a depresszió szempontjából. Ma már számos bizonyíték szól amellett, hogy ezek a neurotranszmitterek a pszichés működés és magatartás széles skálájában játszanak szerepet, mint a hangulat, alvás, fájdalom percepció, vagy az agresszió.

Ismert az a tény is, hogy a depresszió kialakulásában szerepet játszanak genetikai tényezők, azaz a betegség önmagában nem (ahogyan ezt tévesen hiszik sokan), csakis a hajlam, ami örökölheto. Az ember sok tulajdonságát ugyanis nem egyetlen gén, hanem több gén találkozása határozza meg, és ez a folyamat véletlenszerű. Ezzel magyarázható, hogy a család

egyes tagjaiban halmozottabb a depresszió kialakulásának valószínűsége, míg a többi családtagban esetleg soha nem jön létre.

3.2.A depresszió társadalmi, szociális tényezői

Az életesemények szerepe az idősebb életkorban jelentkező depresszióknál lényegesebb, ugyanis a genetikai tényezők ekkor már kevésbé befolyásosak. A szociális támasz, az önbizalmat, önmegvalósítást biztosító tényezők hiánya, a szoros családi, baráti kapcsolatok, valamint a szociális integráció hiánya szintén növelheti a betegség kialakulását.

Egy 2010-ben publikált kutatás (12) eredményei arra világítottak rá, hogy az idős emberek körében gyakori az elmagányosodás, amely viszont könnyen depressziós epizódba fordulhat. A szerzők idős emberek társas interakcióit kutatták egy kolozsvári populációban, és az elmagányosodás okainak feltárásával igyekeztek segítséget nyújtani társadalmi reintegrációjukban. A tudományos cikk az elmagányosodás három társadalmi hatását vizsgálja, amelyek talán a depresszióhoz vezető út fontos komponensei. Ezek a következők:

- mobilitás
- lakásviszonyok megváltozása
- generációs különbségek.

A legrégebbi időktől kezdve a család, mint társadalmi szerepek, és értékek átmentője, nemcsak ellátó, hanem gondozó funkcióval is rendelkezik. Tehát az önmagukról gondoskodni nem tudó családtagok ápolását, segítségét végzi (13). A fejlett országokban már általánosnak mondható a jelenség, melynek során a fiatalok különköltöznek a szülőktől, jobb munkalehetőség vagy megélhetés reményében. Gyakori, hogy nemcsak a szülővárost, hanem az országot is elhagyják a karrierépítés érdekében. Ennek következtében az idősek magukra maradnak, vagy szociális otthonba kényszerülnek, különösen, ha már nem önellátóak.

A lakásviszonyok megváltozása abból a szempontból jelent rizikótényezőt, hogy szintén a munkaerő piaci feltételek következtében a fiatalok inkább nagyvárosokba költöznek a magasabb jövedelem és megélhetés miatt, ott viszont gyakran tömbházba kényszerülnek, ami lehetetlenné teszi több generáció együtt élését. Az idős szülők így ismét egyedül maradnak.

A harmadik tényező pedig a generációs különbségek (14), amely alatt az idősek konzervatív látásmódját, valamint a fiatalok rugalmas, mobilis és felfedező életstílusát kell értenünk. Ezek sokszor kommunikációs nehézségeket és konfliktusokat szülnek, emiatt a fiatalok szívesebben kezdenek önálló életet a szülőktől távol. Az idősek nem pusztán azért izolálódnak, mert nincs senkijük, hanem mert ezt a generációs szakadékot egyik fél sem tudja áthidalni. Sokszor az is meghatározó, hogy az idős már nem is érez indítást a fejlődésre (például sok nagyszülő nem érdeklődik a számítógép vagy a mobiltelefon használata iránt), a modern eszközök, vagy szemlélet iránti érdeklődésre, hanem kitart a régi hagyományos világnézeténél, amellyel egyre inkább magára marad. Persze az is fontos lenne, hogy azok az örök érvényű értékek és normák, amelyet ezek az idős emberek képviselnek, további hordozó talajra találjanak a fiatalok körében. Sok idős embernek csak arra van szüksége, hogy meghallgassák, és értékeljék az ő látásmódját, tapasztalatát, és megélt eseményeit. Ennek hiányában könnyen magába fordul az idős, és haszontalannak, magatehetetlennek, „senkinek nem kellőnek” érezheti magát. Ez pedig termékeny táptalaja a depresszió kialakulásának.

Érdemes megfigyelni az idősek körében az özvegyiséggel kapcsolatos pszichés változásokat, amelyek szintén izolációhoz, magányossághoz, és depresszióhoz vezethetnek. Egy 2009-es kutatás szerint „az özvegyé válás során egy asszony kedvezőtlenebb anyagi, társadalmi és

szociális helyzetbe kerül, romlik a pszichikus jólléte, vagyis a társas támogatás csökkenését és az érzelmi biztonságot nyújtó házastárs hiányát fogja legbiztosabban érzékelni, ami oksági meghatározója lehet annak, hogy az özvegyek mortalitási és morbiditási mutatói (depressziós, „neurotikus” tünetek) jóval magasabbak a velük egykorú házasokénál (15).”

Másik veszély, ezeknek az idős asszonyoknak nemcsak az élettel való elégedettségük és az életbe vetett hitük alacsony, hanem a női szerepeik is elhalványodtak, mivel nincs férfi, aki mellett mindezt megélhetnék. Ez eleve egy szorongást, magányosságot generáló helyzetet teremt, amit csak fokoz a mindennapi nehézség, hogy özvegyként a férfi teendőket is el kell látniuk.

3.3. Az elmagányosodás jelensége és okai

Az időskor nemcsak az ízületi fájdalmak, a reumás megbetegedések és az egyre romló fizikai állapot lehetőségét hordozza magával, de növekszik a depresszió megjelenésének kockázata is. A betegség kialakulásának egyik rizikó faktora az időskori elmagányosodás. A magányosság nem mindig azonos az egyedülléttel, hiszen ez az egyén szubjektív megítélésétől függ. A magány azt jelenti, hogy az idős ember nem tud senkihez sem tartozni, nem érzi magát közel egyetlen emberhez sem, egyre jobban magába fordul, majd teljesen izolálódik a társadalomtól. Az idős, magukra maradt emberek zárkóztak, bizalmatlanok (16). Ez a befelé fordulás és bizalmatlanság sajnos a szociális ellátórendszerben dolgozó gondozónőknek is nehézséget jelent, mert gyakran ezért lesz eredménytelen a segítségnyújtás az idős ember felé. Azonban kitartó próbálkozással, és felajánlással sikerülhet a depressziós, izolálódott idős beteget közösségbe invitálni, felügyeletet gyakorolni (esetleg házi segítségnyújtás keretében). Egy amerikai kutatás szerint (17) a fizikai aktivitás és a kellemes, örömet okozó tevékenységek csökkentik a depressziós betegek esetén létrejövő relapszus esélyét. Azok a programok, amelyek során az alapellátásban dolgozó klinikusok szoros együttműködésben dolgoznak a pszichiátriai szakemberekkel, lényegesen hatékonyabbak, mint az alapellátás kezelése. Egy finnországi kutatás szerzői (18) 15 éves utánekövetéses vizsgálatot végeztek idősök körében. Postai úton küldtek ki kérdőíveket, amelyeket időről időre újra kitöltettek a résztvevőkkel, a következő faktorokra helyezve a hangsúlyt: élettel való elégedettség, jövőre vonatkozó tervek, szükségletek, depressziós érzések, valamint magányosság. A szerzők 15 év vizsgálódás után azt találták, hogy különösen 70 és 80 éves kor között meredeken csökken az élettel való elégedettség és a jövőre vonatkozó tervek aránya. Ebben az intervallumban a nők körében nagyobb volt a magányosság előfordulása, mint férfiaknál.

Az izoláció sok veszélyt rejt magában idős korban, ugyanis a felmérések szerint a téli fagyok áldozatai nem mindig az utcán élő hajléktalanok, ahogyan sokan gondolják, hanem otthonukban éri a magukról gondoskodni nem tudó, gyakran mentális betegséggel küzdő idősöket a halál (19).

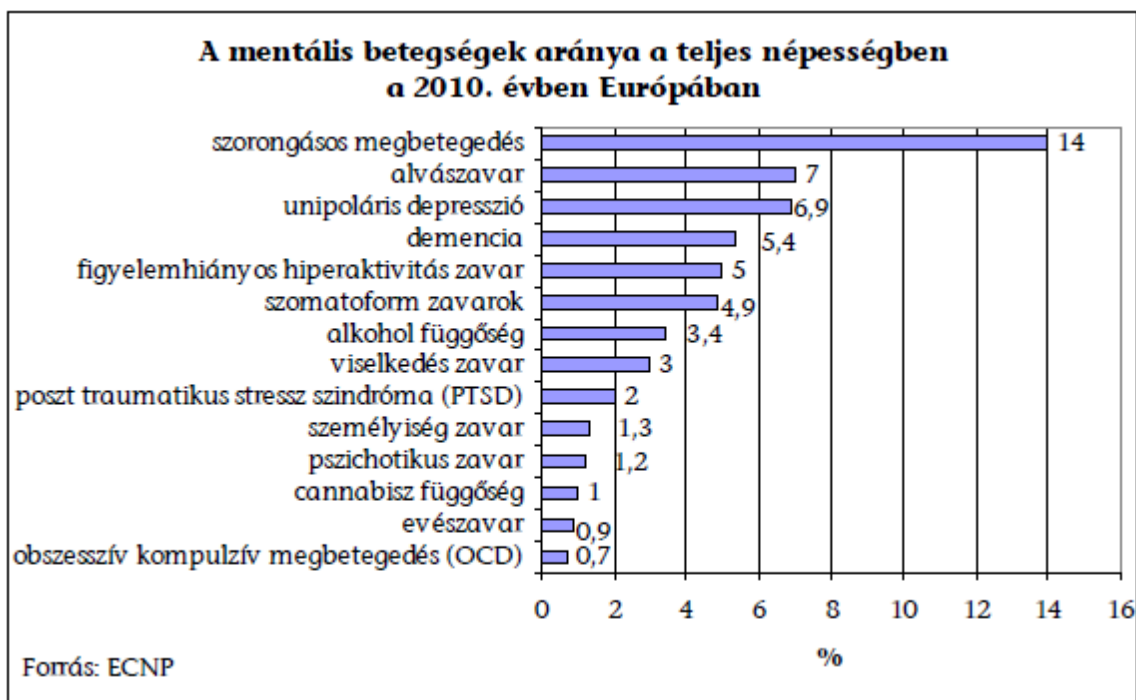
Az időskori elmagányosodás veszélyeit leginkább a folyamatos felügyelettel lehetne kivédeni, valamint el kellene érni, hogy minden egyedül élő, izolálódott idős közösségbe jusson, és tartozzon valahová (ha a család távol él, vagy nem tud gondoskodni róla). Ennek tökéletes helyszíne lehet az Idősek Klubja, vagy a Nappali Ellátó Intézmény.

4. A pszichiátriai betegellátás átalakítása és pénzügyi hatásai

Az Európai Pszichofarmakológiai Kollégium (ECNP) 2011 szeptemberében közzétette 30 európai országra vonatkozó kutatásának eredményeit, amelyben az európaiak mentális

állapotát vizsgálta. A kutatás 12 hónapos prevalenciát, azaz egy évre vonatkozó betegséggyakoriságot vizsgált. Eszerint az európai lakosság 38,2%-a, tehát több, mint egyharmada, összesen 164 millió ember szenved a 27 vizsgált mentális zavar legalább egyikében. Becslésük szerint ez az arány még ennél is magasabb, ha figyelembe vesszük, hogy az esetek mindössze egyharmadában fordulnak orvoshoz az emberek (20).

A kutatás szerint az európai népességben leggyakoribbak a szorongásos megbetegedések (14%), az alvászavar (7%) és a major depresszió (6,9%).



2.számú ábra

Forrás: Állami Számvevőszék (2012): Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről

A lelki egészségnek társadalmi szinten, a munkahelyeken és a családokban is nagy fontossággal kell bírnia. A nemzetközi és a hazai megbetegedési adatok alapján a pszichiátriai szakma közös állásfoglalásban hívta fel a figyelmet arra, hogy a pszichiátriai zavarok aránya elérte a népbetegség szintjét. Magyarországon a pszichiátriai krónikus betegségek (mint a depresszió, szkizofrénia, dementia), sok százezer embert érintenek. A lakosság mentális állapota rosszabb az európai átlagnál. Kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholfogyasztás, a bipoláris betegségek és a befejezett öngyilkosság tekintetében.

Az öngyilkosságok száma 2009. évig csökkent Magyarországon, 2010-ben azonban ismét emelkedett. Hazai és nemzetközi vizsgálatok bizonyították, hogy a pszichiátriai és a közösségi ellátás fejlesztése kedvező irányú változásokat eredményez az öngyilkosságok számának csökkenésében.

A mentális betegségek gyógyításának teljes költsége, beleszámítva a betegség által előidézett összes társadalmi veszteséget, – az Európai Parlament 2006. szeptember 6-i strasbourgi plenáris ülésén elfogadott jelentés becslése szerint – eléri a GDP 3-4%-át.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.) meghatározta az egészségügyi szolgáltatók körét, átrendezte az ellátási struktúrát, csökkentette az aktív kapacitásokat. Az intézkedések része volt a pszichiátriai betegellátás központi intézményének, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetnek (OPNI) a megszüntetése. Ezzel az intézkedéssel az OPNI 849 ágyából 599 közfinanszírozott kapacitást vettek át a Fővárosi Önkormányzat, a Semmelweis Egyetem és a Pest Megyei Önkormányzat intézményei, így 250 ágyal csökkent az aktív kapacitás (20).

Az elmúlt öt évben az egészségügyi ellátórendszer átalakításának a pszichiátriai betegellátást érintő hatásait és az OPNI megszüntetésének körülményeit az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága több alkalommal tárgyalta, valamint az állampolgári jogok országgyűlési biztosa is tett ajánlásokat a miniszternek a pszichiátriai ellátással foglalkozó jelentéseiben. A vizsgálatok megállapításai szerint a pszichiátriai ellátáshoz való hozzáférés területileg egyenlőtlen. Az aktív fekvőbeteg-ellátás keretében például Heves megyében 1,2 ágy jut tízezer lakosra, míg a Dél-Alföldön ennek háromszorosa.

Erőteljes csökkentést mutat a betegellátásban dolgozó pszichiáterek létszáma, ami 71,6 fővel (778 főről 706,4 főre csökkent), a pszichológusok száma 81,6 fővel (272,8-ról 191,2-re csökkent), a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó szakápolók létszáma pedig 631,6 fővel (1360,6-ról 729 főre csökkent). A kapacitásátrendezés mellett 2007. április 1-jétől 50%-kal csökkent a pszichiátriai járóbeteg gondozók fix finanszírozása, illetve 2011. október 25-től megszűnt a finanszírozásnak ez az eleme, amely rontotta a területi járóbeteg-ellátás súlypontját képező ellátás működési feltételeit. A jelzett dátumtól bevezetett Homogén Gondozói Kódok emelt pontértékeibe a korábbi fix díj beépítésre került, ennek ellenére a 2011. évi kifizetés a 2006. évben teljesítetthez képest 16%-kal (633,3 M Ft-tal) kevesebb (20).

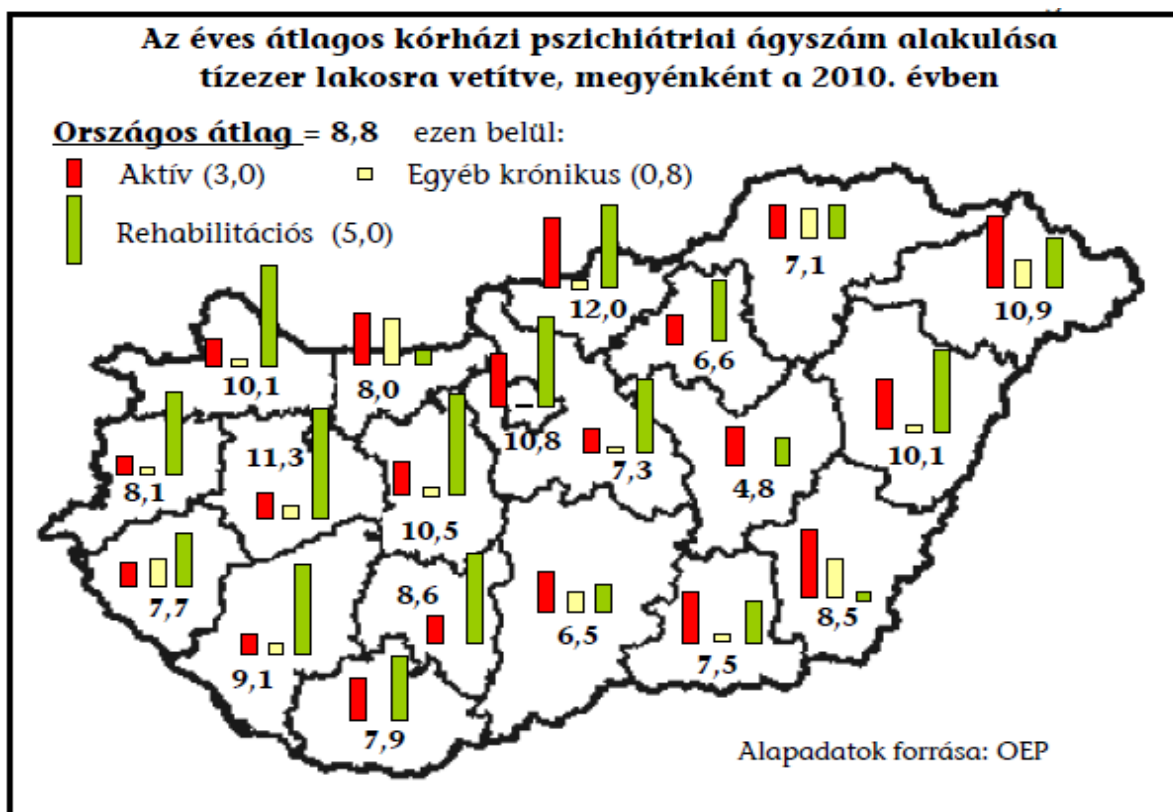
Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer együttműködése a szakértői elemzések és a számvevőszéki megállapítások szerint sem összehangolt. A szociális ellátásban – a pszichiátriai betegek bentlakásos intézményei ellátásán túl – a 2000. évtől létrejöttek a közösségi szolgáltatások, amelyek a rehabilitáció és az otthongondozás szempontjából előremutatóak. A pszichiátriai otthonok férőhely fejlesztése a gondozottak elhelyezése nehézkes. Az átlagos várakozási idő a 2006. évben 321 nap, míg a 2011. évben 338 nap volt, előfordult az is, hogy az intézményekbe való bekerülés ezer napot meghaladó volt (20).

A lelki egészség kiemelt szerepét, fontosságát az egészségügyi programok részeként megfogalmazták. A Lelki Egészség Országos Programjának (LEGOP) kidolgozása már a 2005. évben megkezdődött, amelynek célja a lelki egészség javítását célzó szakpolitikák és leghatékonyabb fejlesztési döntések meghatározása, rendszerszerű összefoglalása, a szükséges erőforrások felmérése, a fejlesztési lépések programozása. A jelenlegi kormány által kidolgozott Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére célul tűzte ki „a szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszer megerősítését.”

Az Állami Számvevőszék 2012. júniusában végezte a pszichiátriai ellátás átalakításának ellenőrzését, amely során célba vették annak értékelését, hogy vajon

- ♦ a pszichiátriai betegellátásra fordított források megfelelően hasznosultak-e,
- ♦ az átalakítás eredményeként létrejött-e költséghatékonyabb és magasabb színvonalú, kiegyenlítettebben hozzáférhető ellátás.

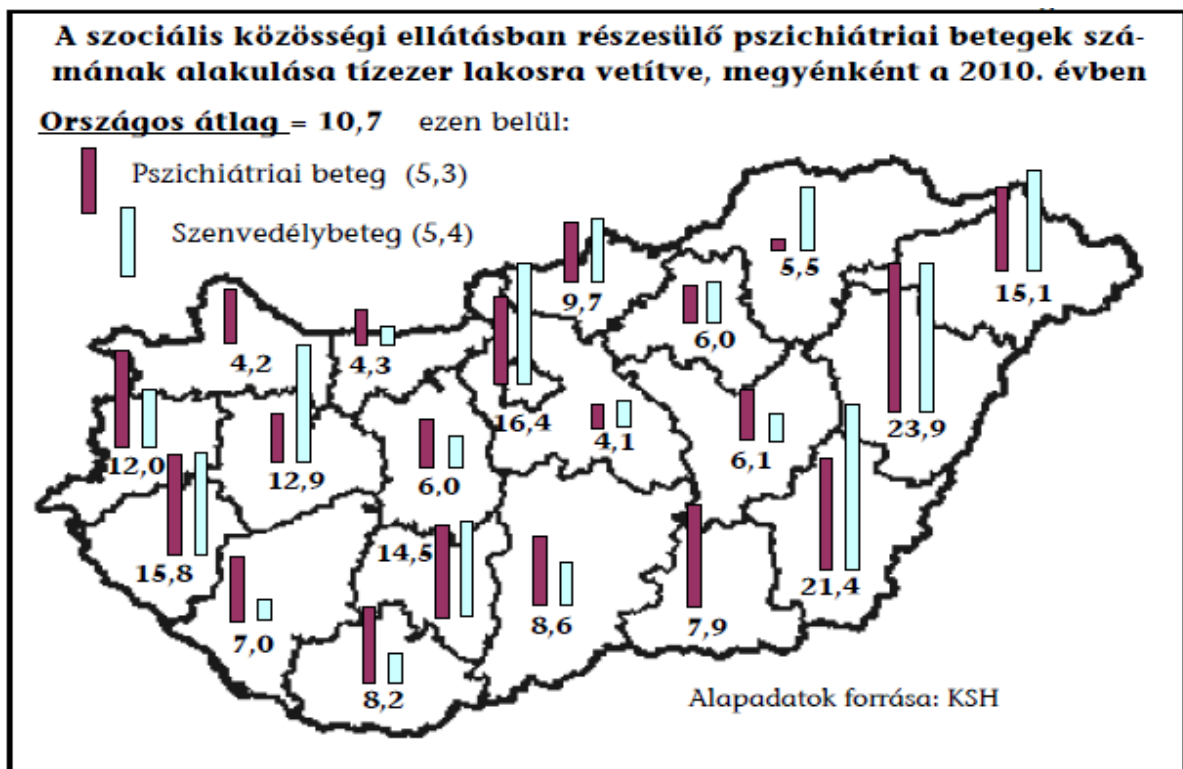
A pszichiátriai kórházi ágyszámok arányát érdemes megfigyelni a következő ábrán, ugyanis a megyénkénti lebontás is szemlélteti a források eloszlását az ellátást illetően.



3.számú ábra

A vizsgálat eredményeként a szerzők megfogalmazták következtetéseiket és javaslatukat, mely szerint Magyarországon mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat végez feladatokat a pszichiátriai betegek ellátásában, gondozásában, de az ellátás szempontjából nem képeznek összehangolt, egységes rendszert. A vizsgált időszakban nem született az egészségügyi és a szociális ágazat együttműködésével döntés arról, hogy a mentális problémákkal élők ellátása az intézményközpontú ellátórendszer vagy a területi, közösségi szolgáltatások rendszerének túlsúlya mellett történjen-e. Az egészségügyi és szociális pszichiátriai ellátások kapacitásai nem összehangoltak, az ellátási kapacitást az Eftv., a hagyományok, az egészségügyi és a szociális intézményeket fenntartók összehangolatlan intézményfejlesztései, valamint a különböző szakmai nézetek, érdekek együtt alakították. Nem jött létre fenntartható, modern szolgáltatási rendszer.

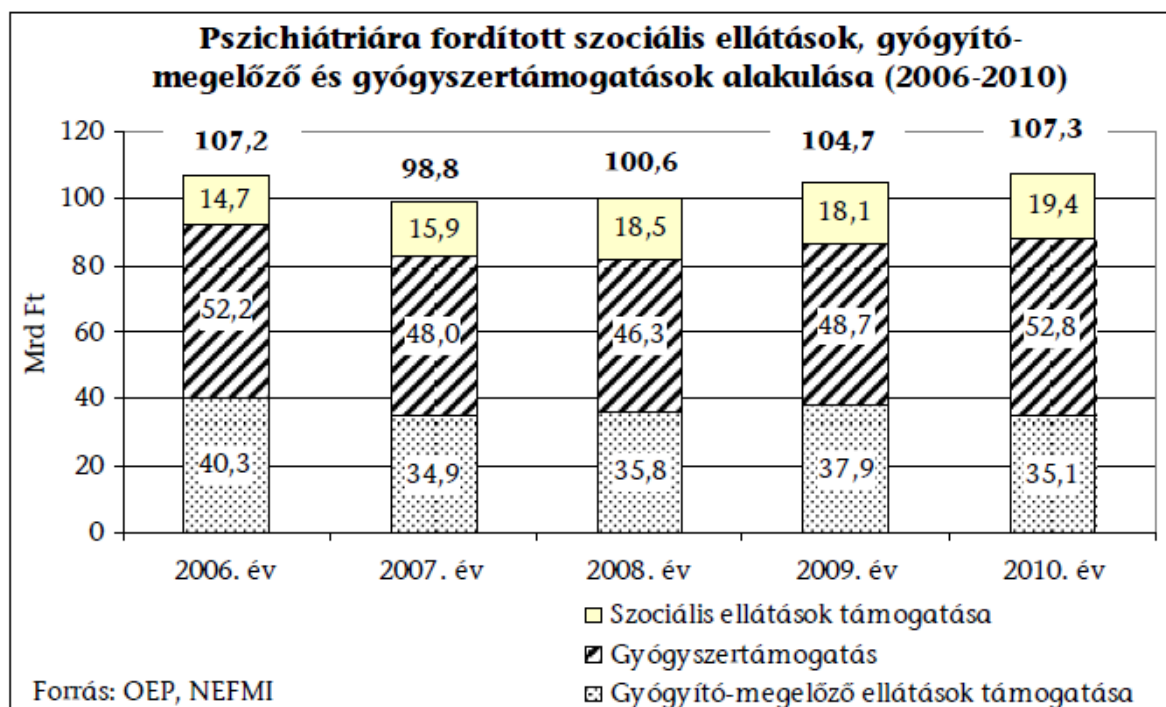
A 4. számú ábrán megfigyelhető a KSH adatai alapján szemléltetett azon pszichiátriai betegek számának alakulása, akik szociális közösségi ellátásban részesültek a 2010. évben, természetesen megyénkénti tagolásban. A pszichiátriai betegeket megjelenítő oszlopot figyelve Borsod-Abaúj-Zemplén megyében különösen aggasztó az ellátás aránya.



4.számú ábra

Az ellátások keretszabályait elkülönülten, ágazatonként szabályozták. Az egészségügyről szóló törvényben a pszichiátriai beteg joga, hogy ellátásában, gyógykezelésében lehetőség szerint lakóhelyi, illetve családi környezetében kerüljön sor (21). Ez leginkább a pszichiátriai gondozókban, valamint a szociális ellátások közé sorolt közösségi ellátásban biztosítják. A szociális ellátásokról és szociális igazgatásról szóló törvény (22) 2003-tól vezette be a közösségi pszichiátriai ellátást. A pszichiátriai ellátást nyújtó egészségügyi és szociális ellátó rendszereket figyelembe véve a koordináció, a munkamegosztás, valamint a célszerű betegirányítás terén vannak hiányosságok. A betegirányítást a hagyományok, az ellátást nyújtó szervezetek közötti egyedi megállapodások, valamint az éppen adódó lehetőségek határozzák meg. A teljes ellátás folyamatát koordináló ellátásszervezés nem jött létre.

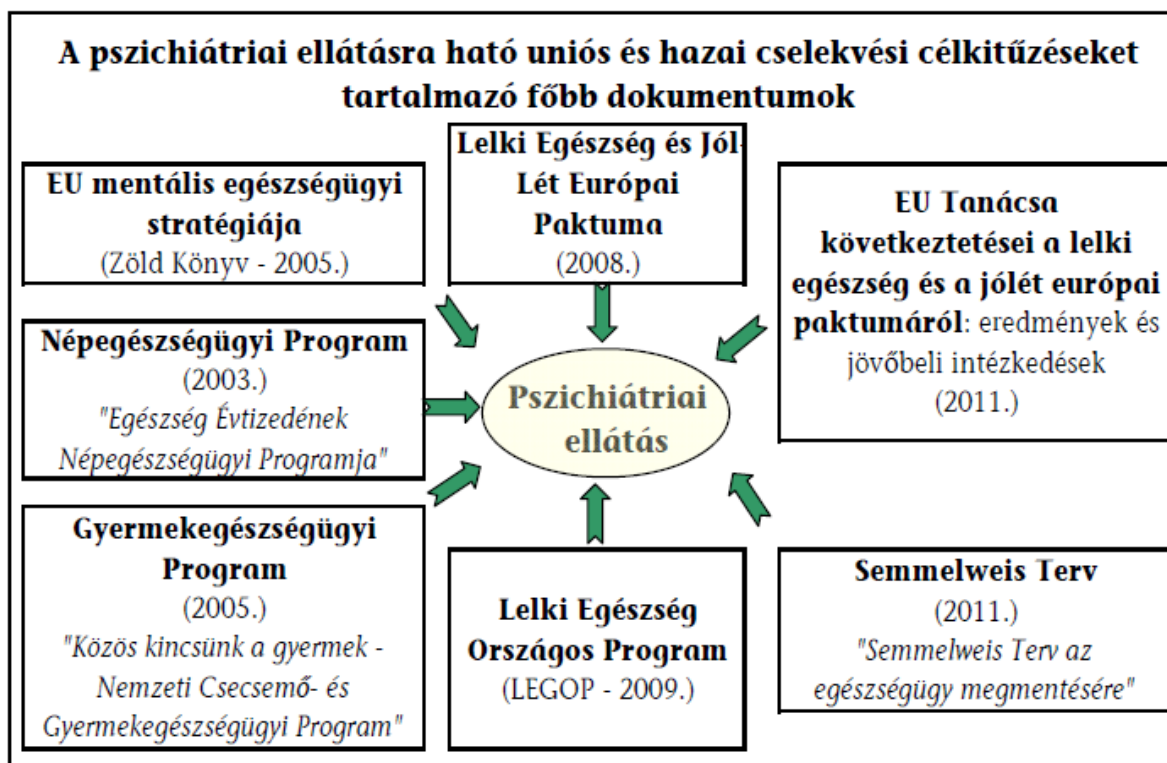
A pszichiátriára fordított szociális és egészségügyi kiadások alakulását szemlélteti a grafikon:



5. számú ábra

Az ellátottak száma az egészségügy területén a 2006. évtől 628,7 főről a 2010. évre 626,1 ezer főre (0,6%-kal) csökkent, míg a szociális (bentlakásos, nappali és közösségi) ellátásban részesülők száma 19 808 főről 75 347 főre (280,4%-kal) emelkedett. A növekedést a lakókörnyezetben történő gondozásban a nappali és a közösségi ellátásokban részesültek számának emelkedése okozta.

A pszichiátriai ellátással szembeni követelményeket, illetve szélesebb megközelítésben a lelki egészség megerősítésének főbb szempontjait, cselekvési célkitűzéseit az elmúlt évtizedben uniós és hazai dokumentumok is megfogalmazták.

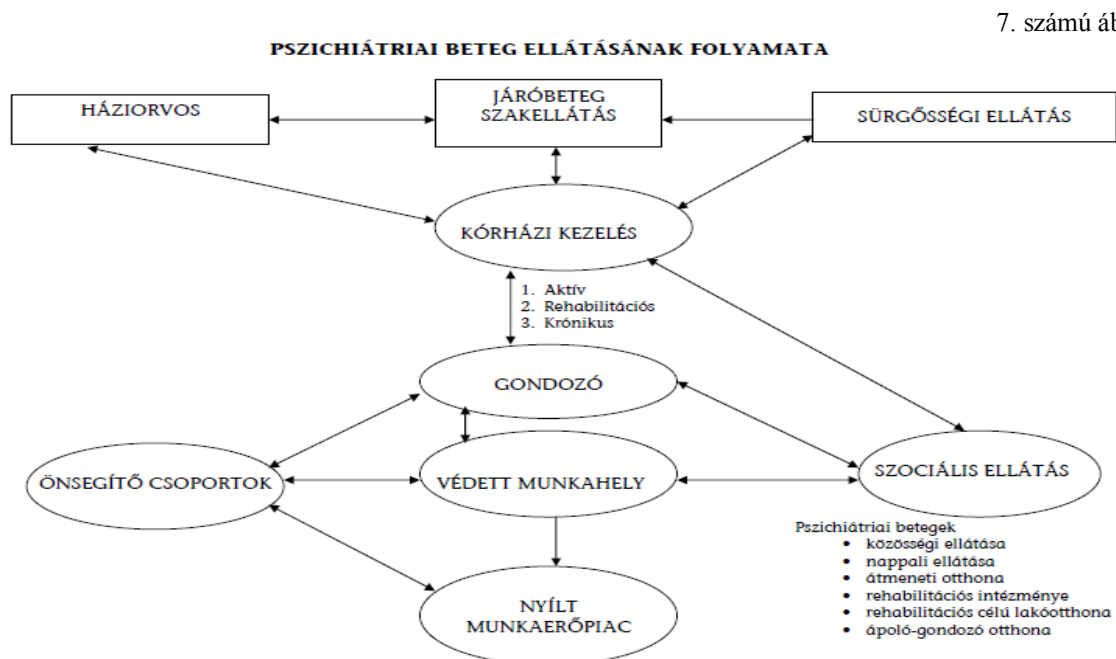


6.számú ábra

Forrás: Állami Számvevőszék (2012): Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről

A lelki egészség megerősítésére vonatkozó hosszú távú célkitűzéseket a Népegészségügyi Program részeként már a 2003. évben elfogadta az Országgyűlés. A kijelölt célok, akciók megvalósítási feltételeinek, a szükséges forrásoknak a biztosítása a Kormány és az illetékes miniszterek feladata volt. A Népegészségügyi Program előrehaladásáról évente készített jelentések alapján egyre kevesebben fordítottak a lelki egészség megerősítésének céljaira.

A 7. számú ábra szemlélteti a pszichiátriai ellátás során végbemenő folyamatot, tehát azt, hogy egy beteg milyen lehetőségekkel, milyen utakon jutnak a számára legmegfelelőbb kezeléshez, terápiához (20).

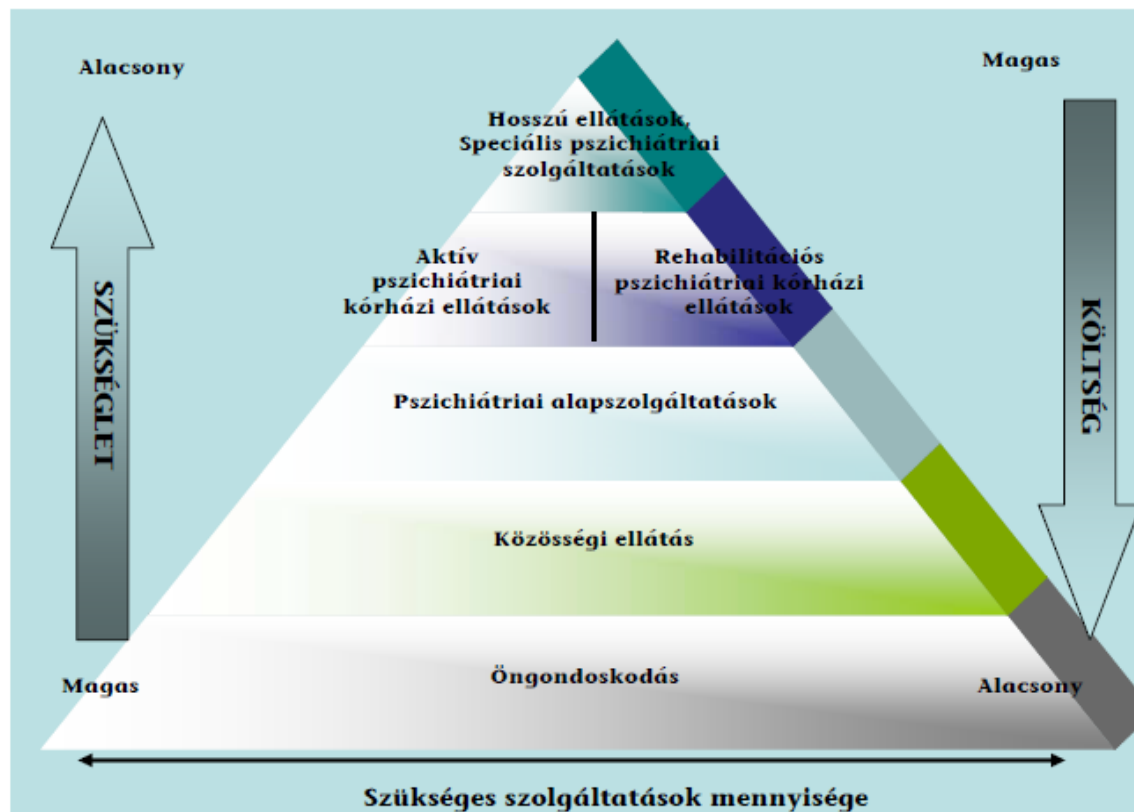


7. számú ábra

A szociális és egészségügyi ellátás közötti nem megfelelő koordináció javítása céljából a WHO 2009-ben megjelentetett egy kiadványt, amelyben az egyes ellátási szintek közötti összhang megvalósítására helyezi a hangsúlyt, a mentális egészség tekintetében (23).

Az alábbi WHO modell mutatja be a szükségletek és költségek fordított arányát, valamint az ellátások egymásra épülését.

A mentális egészség javítása érdekében a WHO által javasolt ellátási struktúra



8. számú ábra

5. A pszichiátriai betegek utógondozásának formái

Az idős emberek életében nagyon fontos a biztonság; mind szociális, mind pedig mentális, lelki aspektusokat tekintve. A probléma, esetleg a krízis akkor jelenik meg az idős ember életében, amikor a biztonság valamely pillére meggyengül. Aggasztó lehet számukra az egyre bizonytalanabb nyugdíjazás, és a szociális téren igénybe vehető ellátások szükségessége vagy nem megfelelő ismerete. Sajnos azok a betegek, akik hosszabb távú rehabilitációt, utógondozást igényelnének, nagy százalékban nincsenek is tisztában az igénybe vehető ellátásokkal, vagy ha megfelelő tájékoztatásban részesültek, akkor az intézménybe való felvételük akadályoztatott.

Az idős, mentális problémával kezelt, kórházi ellátásban részesülő betegek kikerülése az egészségügyi ellátó intézményből komoly problémát okoz ellátás és gondozás szempontjából

nem csak a családnak, hanem a társadalomnak is, mivel ezek a betegek rendszerint olyan krónikus mentális problémával küzdők, akik hajlamosak a relapszusra. Ezáltal gyakran ismételt kórházi kezelésre szorulnak, amely finanszírozás szempontjából sem kedvező esemény, a beteg számára pedig újabb szorongás, kudarcélmény forrása lehet. A 9. számú ábra adataiból látható, mennyire leterheltek az ellátó intézmények az ágyszámokat illetően.

**A pszichiátriai ágyszámok változása
(2006. december 31. és 2011. szeptember 30. között)**

	2006. dec. 31.	2007. dec. 31.		2011. szept. 30.	
	ágyszám	ágyszám	változás 2006-hoz képest	ágyszám	változás 2006-hoz képest
Aktív	3881	3104	80,0%	3026	78,0%
Rehabilitáció	4897	5356	109,4%	4964	101,4%
Krónikus	666	890	133,6%	807	121,2%
Összesen	9444	9350	99,0%	8797	93,1%

Forrás: OEP

9.számú ábra

Otthonukba kerülve sajnos fennáll az izoláció veszélye szakszerű felügyelet hiányában. Az idős, mentális betegségben (különösen hangulatzavarban) szenvedő beteg számára az elmagányosodás komoly rizikótényezőként jelenhet meg, ezért ismernünk kell azokat az ellátási formákat, amelyeket igénybe vehetnek ennek megelőzése érdekében. A következőkben röviden összefoglalom a szociális ellátás lehetőségeit, valamint a felmerülő nehézségeket és problémákat, amelyek az igénybevétellel és jogosultsággal kapcsolatban létrejöhetnek.

5.1.Pszichiátriai Betegek Otthona

Abban az esetben, ha az idős beteg első diagnózisa maga a mentális betegség, akkor lehetőség van igénybe venni a Pszichiátriai Betegek Otthonában való elhelyezést. Az intézménybe azok a betegek nyerhetnek felvételt, akik krónikus pszichiátriai megbetegedésben szenvednek, illetve egészségi állapotuk nem igényel akut gyógyintézeti ellátást, valamint önmaguk ellátására – szociális helyzetüknél fogva – segítséggel sem képesek. A bentlakásos intézmény napi 24 órás gondozást, ápolást és egészségügyi ellátást biztosít. A gondozási tevékenység individuális, egyéni gondozási terven alapul. Az intézmény pozitívuma, hogy a betegek önellátásának mértékét javítja, illetve meglévő képességeiket minél hosszabb ideig igyekszik szinten tartani. Ezt a közösségi kapcsolatok fejlesztésével, illetve a szabadidő tartalmas eltöltésével próbálják megvalósítani (24).

Gondoljunk csak egy hangulatzavarban szenvedő, szorongásos tünetekkel küszködő idős betegre, akit esetleg a legkisebb hétköznapi tevékenység is bizonytalansággal és kétellyel tölt

el, azok megoldása pedig lehetetlen feladatnak tűnik, tovább fokozza a szorongást. Ezek a betegek különösen veszélyeztetettek a társadalmi izoláció szempontjából, hiszen a kudarcélmény elkerülése érdekében meg sem kísérik az alapvető tevékenységek elvégzését (például bevásárlás). Az intézményben a gondosan megszervezett napi program következtében létrejön a Maslow által ismertetett egyik szükséglet, a valahová tartozás hiányának betöltése. A depressziós betegek rehabilitációjában nagy szerepe van a közösség létének, a szakszerű segítség elérhetőségének, ezért ebben a kontextusban valóban elmondható, hogy a szeretet gyógyító erővel bír.

Az intézmény egyetlen hiányosságát abban látom, hogy évekre előrenyúló várólisták vannak, tehát a színvonalas ellátás ellenére rengeteg pszichiátriai beteg marad rehabilitációs gondozás nélkül (sok esetben egyedül maradva otthonában, az elmagányosodás veszélyének kitéve). Természetesen ez csak abban az esetben érvényes, ha egyéb szociális szolgáltatást nem vesz igénybe.

5.2.Idősek Otthona

Igénybe vehető azon betegek számára, akiknek elsődleges diagnózisként nem a mentális probléma van jelen, mivel az Otthon teljes vagy részleges önellátásra alkalmas idősök befogadásaért vállal felelősséget. Ha egy idős embernél mentális tünetek jelennek meg (az Otthonban tartózkodása ideje alatt), aminek oka lehet az esetleges relapszus, akkor vagy átkerül az egészségügyi ellátó intézmény pszichiátriai osztályára akut gyógykezelés céljából, vagy pedig elhelyezhető az Idősek Otthonának demens részlegén. Fontos megjegyezni, hogy az időskorban gyakran jelentkező depresszió egyáltalán nem egyenértékű a demencia nevezetű betegséggel, ezért is alkalmatlan ez a specializálódott intézményi részleg a hangulatzavarban szenvedők ellátására és kezelésére, habár magasabb finanszírozású, mint az egyéb pszichiátriai betegek ellátását célzó intézmények. Ennek következtében sajnos gyakran találunk depressziós idős beteget demens részlegen.

5.3.Pszichiátriai betegek nappali ellátása

Ez az ellátási forma lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, társas kapcsolatok létesítésére és fenntartására, valamint igény szerint megszervezi az ellátottak étkeztetését. „A nappali ellátás alapvetően egy nyitott, szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási forma, amely települési szinten háttérét adhatja az alapszolgáltatások összekapcsolásának. A nappali ellátás keretében olyan programokat biztosítanak, amelyek hozzájárulnak az ellátottak társadalmi reintegrációjához” (25). A nappali ellátás különösen nyitott, a szükségletekre gyorsan reagál, tökéletes háttérrel nyújtva a települési szinten elérhető alapszolgáltatások összekapcsolásának. A nappali ellátás során szintén egyénre szabott gondozási terv kidolgozására kerül sor, amelyet a beteg gondosan végzett pszicho-szociális állapotfelmérése előz meg. Ugyanakkor a kliensek számára készségfejlesztést nyújt mind az önellátás, mind a munka, valamint a szórakozás terén is, természetesen az igényeknek megfelelő módon egyéni vagy csoportos foglalkozások keretein belül, esetleg a család bevonásával.

Meggyőződésem, hogy az idős, mentális betegségekkel küzdő egyének gyógyulásában, vagy szinten tartásában elengedhetetlen a közösségi tevékenység, a társas interakció elősegítése. A nappali ellátó intézmény ennek megvalósításához tökéletes műhely. Sajnos az igényekhez képest a keretszámok itt is alacsonyabbak, mint amire szüksége lenne a kórházi ellátásból otthonába távozó betegeknek. A nappali ellátás egyetlen hátrányát a következő tényezőkben látom: „Az igénybevétel formája: önkéntes, az ellátott kérelmére történik. A működési

engedélyben meghatározott létszámot meghaladó igény esetén az igénybejelentőt 8 napon belül írásban kell értesíteni várakozó listára történő felvételéről. Az igénybejelentő ellátásáról szabad kapacitás esetén a jelzés sorrendjében gondoskodik a szolgálat” (26). Tehát nemcsak a hosszadalmas várólisták jelentik az igénybevétel nehézségeit, hanem a fennálló lehetőség információjának hiánya az idős ember számára.

5.4.Közösségi Pszichiátriai ellátás

A közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció létrejöttének fő célja, hogy megakadályozza a betegek társadalmi izolációját, valamint a kirekesztődést. Előnye, hogy az érintettek lakóhelyükhöz közel juthatnak hozzá a számukra szükséges rehabilitációs szolgáltatásokhoz. Az ellátás igyekszik a közösségi integráció helyrehozására, vagy ennek hiánya esetén a felállítására. A gondozás nagymértékben támaszkodik nemcsak a közösségi forrásokra, hanem a természetes támaszként megjelenő hozzátartozókra is, ugyanis az ő segítségükkel a beteg számára könnyebben kezelhetőek a stresszhelyzetek, a problémamegoldás gördülékenyebb. A gondozás és rehabilitáció köztudottan akkor a leghatékonyabb, ha a beteg nincs kiszakítva természetes életteréből, hanem otthonában, vagy ahhoz közel érhetőek el ezek a segítő szolgáltatások. Ide tartozik- a közösségi pszichiátriai ellátás részeként- a házi gondozás, házi ápolás, 24 órás elérhetőség és a betegek nyomon követése. A közösségi pszichiátriai ellátás elsősorban azokat célozza meg, akik krónikus pszichiátriai betegségben szenvednek, és folyamatos gondozást igényelnek. Az interdiszciplináris gyógyítás szükségességét és hatékonyságát szem előtt tartva a gondozás szoros kapcsolatot tart a háziorvossal, és egyéb szakemberekkel, akik a beteget otthonához közel igyekeznek rehabilitálni, a hosszan tartó intézményi tartózkodás megelőzésével.

„A közösségi pszichiátriai gondozás ily módon a leghatékonyabb pszichoszociális rehabilitációt képes megvalósítani. A szemléleti és módszertani fejlődés mellett az ilyen gondozók kialakításához jelentősen emelni kell a szakdolgozók létszámát, hogy egy nővér, szociális munkás ne gondozzon 50-nél több beteget. A közösségi gondozói munka oroszlánrészét a megfelelően képzett szakdolgozók végezhetik” (27).

Jelen megállapítást szem előtt tartva, leendő Bsc ápolóként szükségét érzem a pszichiátriai gondozásba történő megfelelő számú szakember bevonásának, különösen a háziorvosi praxisokban dolgozó ápolók részéről; hiszen a pszichiátriai gondozóval történő team- munka során, valamint a praxisban megjelenő rászoruló betegek feltérképezésében nagy szerepe lehet egy szakképzett, megfelelő ismerettel rendelkező ápoló munkájának.

Nemzetközi viszonyokat tekintve az Egyesült Államokban Leonard Stein volt az első, aki bevezette a közösségi pszichiátria gyakorlatát, megalapítva az ACT-t (Assertive Community Treatment). Habár Stein pszichiáter professzor volt, mégis az általa bevezetett gondozási forma szociálisnak mondható, ugyanis a gyógyulást nem hozza el a beteg számára, csupán a közösségbe való integrációját segíti elő és a társas interakcióit fejleszti (28).

6. A kutatás bemutatása

Az idős emberek életében nagyon fontos a biztonság; mind szociális, mind pedig mentális, lelki aspektusokat tekintve. A probléma akkor jelenik meg az idős ember életében, amikor valamelyik pillére a biztonságna meggyengül.

Szociális téren ide tartozik az egyre bizonytalanabb nyugdíjazás, és az igénybe vehető szociális segélyezési lehetőségek. Mentális téren pedig a magányosság és a haszontalanság érzése terheli az időseket.

Céлом ezzel a kutatással, hogy analógiát vonjak az idős emberek szociális helyzete, pszichéje, lelki egészsége, valamint a szomatikus egészség között. Konkrét céljaim közé tartozik, hogy feltárjam azokat a lehetőségeket, amelyek nemcsak a szociális segítség és életmódbeli támogatásban nyilvánulnak meg, hanem a társas kapcsolatok javításával, a magányosság enyhítésével preventív hatással lehetnek a későbbi depresszió kialakulására.

Az idősök egyre növekvő aránya a társadalomban, valamint a szociális ellátás kapacitásának egyre nagyobb fokú leterheltsége indokolttá teszi a kutatást, ugyanis nemcsak a depresszió, mint megbetegedés érinti ezt a korcsoportot, hanem a deprimált lelkiállapot következményeképp az immunrendszer gyengülése egyéb szomatikus betegségeknek is teret enged. Ez már nagyban érinti a kórházi ellátás és az ápolás területét.

Úgy gondolom diplomás ápolóként feladatom, hogy ezen betegek körében tapasztalható kockázati tényezőket feltárjam, és felkutassam azokat a lehetőségeket és módszereket, amelyekkel a társadalom tagjait, valamint a hozzátartozókat oktatni, nevelni tudom a betegek gyógyulása vagy állapotuk javulása érdekében.

Mindezek mellett arra a kérdésre kerestem a választ, hogy vajon hol lehetnek a pszichiátriai ellátórendszer területén azok a rések, hiátusok, amelyek miatt a betegek kieshetnek a védőhálón, valamint a probléma megoldása érdekében hol helyezkedhet el egy szakképzett Bsc ápoló a betegek gyógyulásáért dolgozó interdiszciplináris team hasznos tagjaként.

6.1. Hipotézisek

- Feltételezem, hogy a házi orvosok leterheltsége miatt a depresszióban szenvedő idős betegek nem kapnak megfelelő információt a rehabilitációs lehetőségekkel kapcsolatban.
- Feltételezem, hogy azoknál az idős, depresszió diagnózisban szenvedő betegeknél, akik közösségbe járnak és aktív, tevékeny életet próbálnak élni, kisebb eséllyel jelentkezik relapszus.
- Feltételezem, hogy a kórházi ellátás keretében kezelt idős, depressziós betegek gyógyulásában nagy szerepet játszanak a megfelelő kreativitással, empátiával és szakképzettséggel rendelkező diplomás ápolók.
- Feltételezem, hogy nemcsak a betegeknél, hanem a pszichiátriai ellátás területén dolgozó szakorvosoknak és a házi orvosoknak is nagy igénye lenne a diplomás ápolók tudására és munkájára.

6.2. A kutatás helye, ideje

A vizsgálatot Nyíregyházán végeztem el, amely során felkerestem egy házi orvosi praxist, egy pszichiátriai szakellátó intézményt, valamint egy nappali idős klubot. A kutatást 2012. augusztus 15 – szeptember 30. között vettem fel.

6.3. Minta és módszer

A kutatás során felvett információkhoz egyéni mélyinterjú formájában jutottam. Azért választottam a kvalitatív kutatások ezen módszerét, mert a beszélgetés során megkérdezettek sajátos szemléletéből, élettörténetéből eredő, lehető legmélyebb szintű értékeléseit szerettem volna megismerni, valamint ki akartam zárni a társas viselkedés, társas befolyás implikációit. Összesen 4 darab mélyinterjú készült a kutatás során, melyeket a megkérdezett leggyakrabban látogatott környezetében végeztem, törekedve az életszerű helyzet megfigyelésére (háziorvosi praxis, pszichiátriai osztály, idősek klubja). A mélyinterjúk beszélgetésekről hangfelvételt készítettem, amelyek írásos formája a mellékletben megtalálható. Az interjúk alanyaival történő beszélgetés feldolgozása anonim módon jelenik meg a kutatásomban. A megkérdezettek szakképzettsége a következő:

- ♦ háziorvos
- ♦ pszichiáter szakorvos
- ♦ szociális gondozó
- ♦ mentálhigiénikus

A megkérdezettek személye a szakmacsoporton belül random kiválasztással történt. Azért tartottam fontosnak a beszélgetést a fent említett csoportok képviselőivel, mert úgy gondolom, az időskori depresszió rehabilitációs lehetőségeiről csakis akkor kaphatunk megfelelő képet, ha több szemszögből, különböző ellátási területekről is megvizsgáljuk. Az illető egyéni szaktudása, illetve szakmai tapasztalata nagyban hozzájárult a téma megfelelő átvilágításához.

7. Eredmények és megbeszélés

A beszélgetések során az idősek helyzetét, és elsősorban a pszichiátriai betegséggel küzdők lehetőségeit különböző megvilágításban vizsgálhattam meg, amely számos érdekes és számomra különösen meglepő információval szolgált. Az interjúk során elhangzottakat meghatározott szempontok alapján értékelem, amelyek nyomán áttekinthetővé válik az egészségügyi és szociális ellátás kapcsolata a pszichiátriai betegek rehabilitációjában, valamint választ kapunk arra a kérdésre, hogy vajon hol vannak azok a hiányosságok és rések az ellátó rendszer területén, ahol az idős betegeket szem elől tévesztjük, és ennek mi lehet az oka?

7.1. „Az élet a legjobb rehabilitáció.”

Az idősödő ember akkor ébred rá igazán először az idő múlására, amikor nyugdíjba vonul. Első reakció a megnyugvás, a rengeteg szabadidő, nem kell reggel korán kelni, sietni a munkába. Mindenki szerencsésnek gondolja a helyzetet, ugyanis az idős embernek több ideje jutna a családjára, a hobbjára, kedvenc időtöltéseire és talán nyugodtan kijelenthető, hogy ilyenkor kezdené csak igazán élni. De kérdés az, hogy valóban így van ez a valóságban? A tapasztalat azt mutatja, hogy közel sem. Azoknak az idős embereknek, akik hosszú ledolgozott éveik után nyugdíjba kényszerülnek, több problémával is szembe kell nézniük.

Elsősorban megváltozik a társadalmi megítélésük, illetve a családban elfoglalt helyük is. Sok esetben elmegyünk ezen problémák mellett, de gondoljunk csak bele, ha egy idős ember kitölt egy hivatalos dokumentumot, és megkérdezik, mi a foglalkozása, azt kell odaírnia: nyugdíjas. Ilyen foglalkozás azonban nem létezik, mégis gyakran előforduló eset. Vajon nem bizonyos mértékű megbélyegezettség ez a társadalom részéről? Ha egy idős ember nyugdíjba megy, a foglalkozása ugyanúgy tanár, tűzoltó, rendőr, vagy esetleg buszvezető marad, de

semmiképpen sem nyugdíjas. Ez pusztán azt az állapotot jelenti, amely létrejön egy társadalomban bizony életkor fölött, vagy meghatározott számú munkában töltött év után. Megfigyelhető, hogy azok az idősek, akik magasabb státuszú munkakört töltöttek be életük során, azok nehezebben viselik a nyugdíjazás tényét. Talán azért, mert felelősségteljes feladata volt, csoportokat vezetett, vagy a társadalom számára közhasznú tevékenységet végzett. Ebben az esetben egyszerűen úgy érezheti az idős ember, hogy ő már nem hasznos tagja a közösségnek, rá már nincs is szükség, és egyszerűen csak kidobták, mellőzik a munkáját, szakértelmét. Ez a haszontalanság-érzés már önmagában is rizikótényezője lehet a depresszió kialakulásának.

Másik jelentős probléma az idősek családon belüli megváltozott helyzete. Nyugdíjba vonulás után rendszerint két lehetőség áll fenn:

- ♦ a gyermekek mindent a nagyszülőre bízhatnak – mivel otthon van, „más dolga úgy sincs”, - ezáltal túlterhelik őt, és hatalmas felelősséget helyeznek rá. Az idős mindent megtesz, hogy megfeleljen a rá bízott feladatoknak, időben odaérjen az unokákért az óvodába, iskolába, megfőzze az ebédet, feladja a csekket a postán, stb. Ahhoz, hogy ellásson mindent, az összes energiáját felhasználja, és szorongás tölti el, ugyanis minden feladat rá van bízva, „nem lehet betegnek lenni”. Ha ő ágynak dől, ki fogja elmenteni az unokákért, ki főzi meg az ebédet, ki megy el a postára, boltba? Úgy érzi összeroppantja a súly, de nélküle nem boldogulna a család. Ekkor két lehetőség áll fenn: eltitkolja betegségét, szorongását, hogy meg tudjon felelni a rá bízott feladatoknak, vagy pedig erőn felül teljesít, és gyengesége egyre súlyosbodik. Mindkét esemény kiégéshez, depresszióhoz vezet. Ekkor lépnek színre a dilemmák a gyermek és a szülő részéről is. Az idős önmagát hibáztatja, hogy miért nem tudott helyt állni a rá bízott feladatokban, hogy segítségére lehessen családjának, miért lett beteg, pont amikor szükség van rá, pedig úgy igyekszik, de mégsem megy. A gyermek ismét csak magát hibáztatja, hogy miért nem vette időben észre, hogy a szülő nehézségekkel küszködik, miért éppen vele esik meg ilyesmi, valamint önmagát vádolja, amiért belehajszolta ebbe az idős embert. Másik jelentős probléma, hogy ha a betegség létrejön, a gyermek nem tudja felvállalni a szülő nehézségeit, vagy magához venni és otthon ápolni, mert nemcsak a munkahelyén kell helyt állnia, hanem a lakásproblémák is nehezítik a megoldást. Sok családnak nem elég nagy ahhoz a lakása, hogy egy élettérben tudjanak élni a generációk. Emiatt szükség lehet segítségre. De ez nemcsak az idős embert viseli meg, hanem sokszor a gyermeket is. Főként azért, mert nyomasztja, hogy nem tud gondoskodni a szüleiről, másrészt pedig a család fenntartása érdekében mindent el kell végeznie, amit eddig a szülőre bízott, és lehetséges, hogy még mellékállást, vagy hétvégi munkát is el kell vállalnia a megélhetés miatt. Természetesen nem minden családban történik hasonlóképpen, de azokban az esetekben, amikor a gyermek szeretne gondoskodni az idős szülőről, de erre képtelen, mindenképp problémát okoz az elhelyezés, ellátás kérdése. Aki azonban érzelmileg stabil, és motivált a helyzet megoldására, meg tudja találni azt a megoldást, ami mindenkinek a legkedvezőbb. Ezek közül említenék néhányat: igénybe vehető a házi gondozás, amely naponta 4 órán belüli időtartamban nyújt ellátást, és orvosi javaslatra történik az igénylés. Nagy segítséget jelent azon idősek számára, akik részben önellátóak, de nagyobb feladatok elvégzésében szükségük van segítségre. Példaként említeném a gyógyszerek kiváltását a gyógyszertárból, boltban bevásárlást, postán a csekkek feladását, nagymosásban való segítségnyújtást. A házi gondozásban részt vevő gondozónők nemcsak a hasonló feladatok ellátásában segídeknek, hanem a megadott időintervallumban beszélgetnek is az idős emberrel, ezáltal biztonságban, közösségben érzi magát, és tudja, hogy probléma esetén számíthat a segítségre. A

következő lehetőség a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, amely egy 24 órás szolgálat, amely biztosít az ellátottnak egy hívókészüléket, ezen keresztül tud jelezni az ügyeletben lévő gondozónőnek. A központi hívást továbbítják a területileg illetékes gondozónőnek, aki azonnal a helyszínre megy, és probléma esetén értesíti a szükséges szerveket (mentők, tűzoltók, stb.), illetve segítséget nyújt az idős embernek. A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás szerződéses kapcsolatban áll a taxiállomással, hogy szükséghelyzet esetén minél hamarabb a helyszínre érkezhessenek. Ez az ellátás krízishelyzet fennállásakor nagyfokú biztonságérzetet nyújt a magányosan élő idős ember számára. Hasonló elven működik a polgárvédelem jóvoltából támogatott szomszédhívó készülék, amelyen csupán egy gomb van, és az idős ember rosszullet, elesés esetén azonnal jelezni tudja a szomszédnak, ha segítségre van szüksége. Ez természetesen csak akkor hasznos az idős számára, ha segítőkész és mindig elérhető szomszédi viszonyban áll. Igénybe vehető ezen felül az idősklubok látogatása, amely a közösség formáló erejénél fogva nemcsak a mindennapi léthez ad motiváltságot, hanem megóvja az idős beteget a relapszus veszélyétől. Érdeklődővé teszi az időst, és lendületet ad a hétköznapi színesebb tételéhez.

- ♦ az idős ember családon belüli megváltozott helyzetének másik esete, amikor teljesen magára hagyják a nagyszülőket, ugyanis a fiatalok a család fenntartása és a megélhetés érdekében nem tudják felvállalni a gondozást, és talán nincs is szándékukban. Úgy gondolják, hogy mostmár az idős ember éljen úgy, ahogy jólesik neki, mivel megteheti, rengeteg szabadideje van. Tegyen, amit jónak lát, de őket ne terhelje, így is van elég gondjuk. Ez a magára hagyatottság az idős ember lelkében úgy vetül le, mintha már nem kellene senkinek, hasznavehetetlennek érzi magát, nem tud senkivel beszélgetni, megosztani a gondolatait, tehát hamar izolálódik a közösségtől. Egy idő után már nem is kívánja a társaságot, befordul, szótlan és érdektelen lesz a külvilággal kapcsolatban. Nem követi az eseményeket, és nem vágyik új dolgok megismerésére. Sajnos a depresszió kialakulásában nagy szerepet játszik ez a magányosság.

A fejezet címéhez híven, mely szerint az élet a legjobb rehabilitáció, meg kellene találni az optimális utat arra, hogy az idős embert visszahelyezzük a mindennapok feladataiba. Sokszor nem a feladat maga a gyógyító és protektív hatású, hanem az elvégzésekor érzett sikerélmény, a tudat, hogy még ő is jó valamire, és szükség van a munkájára, tapasztalatára, véleményére. Azokban a családokban, ahol nincs az előzőekben említett feszített munkatempó, és leterheltség, hasznosnak gondolnám a kisebb feladatokkal való megbízását az idős nagyszülőnek. Fontos, hogy a túlterhelést elkerüljük, és csak olyan feladattal lássuk el az időst, amit magunk is el tudnánk végezni, tehát beleférne a napi rutinba, ezzel is megóvva őt a felelősség nyomasztó érzésétől. A rábízott munka ebben az esetben teljes mértékig strukturálttá teszi a napját, és motiválttá válik arra, hogy igényes legyen a megjelenésére, reggel felébredjen, tisztálkodjon, és szellemileg is friss tudjon maradni. Úgy érzi hasznos a családja számára, de ha megbetegszik, akkor sem történik probléma, vagy hiányosság. Lehet, hogy lassabban végzi el a tennivalókat, de folyamatosan motivált, és még pihenni is van ideje napközben. Ez lenne az optimális az idősök megítélésével kapcsolatban, különösen nyugdíjazás után, mert nemcsak preventív, de gyógyító és megfelelő szinten tartó szerepe is lehet a foglalkoztatásnak a depresszióval szemben.

7.2. Az öregedés jeleinek elfogadása

Sokszor említik a mondás szerint: „arcára van írva az élete”. Az öregedéssel együtt nemcsak az életévek száma növekszik, hanem a ráncoké és a betegségeké is. Nem mindenkinek sikerül azonban egyformán elfogadnia a testében, arcán, vagy a lelkében bekövetkező változásokat. Azok az idősök, akik aktív és mozgalmas életet éltek, nehezen viselik a teherbírásuk

csökkenését, hogy nem megy már minden olyan gyorsan és könnyedén, mint fiatalon. Talán sokszor könnyelműen vesszük ezen jelenségek elfogadását, és úgy gondoljuk, hogy az öregedés a világ legtermészetesebb dolga, ebből hogyan is lehetne probléma, mindannyian ugyanebbe a helyzetbe fogunk kerülni idős korunkban. Valóban, mindenki megöregszik, különbség pusztán annyi, hogy valakin kevésbé látszik a kor, míg másokon talán túlságosan is. Ha ez a testi változás akkor kerül leginkább felismerésre, mikor az idős ember éppen nyugdíjba vonult, elvesztette a párját, valamely családtagját, vagy hasonló korú barátját, akkor könnyen fennáll a veszélye a depresszió kialakulásának, vagy a psziché romlásának. Nagyon fontos hangsúlyt fektetni az idős emberek önképére, akár külső, akár belső tulajdonságokat érint, hiszen azt tapasztaljuk, hogy ritkán van önmagukról pozitív benyomásuk. Talán pontosan az öregedés nehezebb megélése miatt. Egy nyíregyházi idősklub egyik foglalkozásának keretében a gondozottak azt a feladatot kapták, hogy otthonukba távozva mindenki álljon meg a tükör előtt, és nézzon a saját a szemébe, majd mondjon magának valami szépet, biztatót, pozitívat. Az eredmény döbbenetes lett. Ahogy az idősek a tükörbe néztek, sokan képtelenek voltak még a saját tekintetüket is elviselni, sokan pedig csak álltak, és semmi szépet nem tudtak mondani maguknak. Volt, aki sírva mesélte élményeit, mennyire nehéz és fájdalmas volt megtennie mindezt. Pedig ha belegondolunk, mi sem egyszerűbb, mint az évek óta jól ismert önmagunkat megtekinteni egy tükörben. Valóban az lenne, de ha egy olyan valaki néz vissza ránk, aki sokkal öregebb, ráncosabb, fáradtabb és fakóbb, mint ahogy régről emlékeztünk a saját arcunkra, az megrázó élmény lehet. Másik jellegzetes probléma, ha az idős ember letagadja teherbírásának csökkenését, öregedésének nyilvánvaló jeleit, és sokszor betegséggel vagy pusztán fáradtsággal magyarázza. A változással való szembesülés halogatása tovább növeli a belső feszültségeket, ami egyszer kitörhet (akár depresszió formájában is). Az idős embereknek végtelenül rossz az önképe, ami gondozást, szeretetet és türelmet igényel, hiszen ezzel nemcsak megóvjuk őket a magukba fordulástól, és a keserűségtől, hanem végső soron a depresszió összes tünetét kivédhetjük a személyiség helyreállításával.

7.3. A közösség gyógyító ereje

A közösség és a valahová tartozás igénye ugyanúgy jelen van az idős emberekben is, mint a fiatalabbakban. A fentebb említett tényezők következtében sajnos nem minden idős kapja meg a számára megfelelő gondoskodást a családtól, hozzátartozóktól, ezért szükség lehet más megoldás keresésére. Az idős klubok tökéletes színhelyei ennek a társasági életnek, amely színes, életteli, célt, lendületet adva az időseknek a mindennapok értékes eltöltéséhez. Természetesen mint minden közösség, a klub sem mentes a konfliktusoktól, hiszen megannyi különböző személyiségű, múltú és életvitelű ember tölti együtt az idejét, viszont ezen problémák megoldása szintén fejlesztő jellegű a kapcsolat-kezelés szempontjából. A klubba járás szinte rutinná válik az idős ember életében, akárcsak a munkahelye volt régen, ahol találkozhat ugyanazokkal az ismerős arcokkal, foglalkozásokon vehet részt, valamint néha otthoni feladatokat is kap. Ez nemcsak előre strukturálja az idős napjait, hanem motiválttá teszi arra, hogy reggelente időben felkeljen, megtisztálkodjon, szépen felöltözzön, kilépjen az utcára, esetleg tömegközlekedést vegyen igénybe, valamint kommunikáljon. Néhány idős azért vonakodik ellátogatni egy idős klubba, mert attól tart, hogy ott kötelezően részt kellene vennie mindenféle foglalkozáson. Ez azonban egyáltalán nincs így. Mindenki abban vesz részt, amit érdekesnek, hasznosnak talál, viszont tény, hogy a közösségbe járás esetén nem a foglalkozások jelentik a legnagyobb hozadékot az idős ember számára, hanem az előbb említett felkészülés, utcára lépés, emberekkel való találkozás. Tehát már önmagában a gondolat, hogy megy valahová, rendezetté teszi a napját. A foglalkozásokat azonban mégis fontosnak tartom, hiszen az előbb említett előnyökön kívül itt gyakorolhatja a dolgozó évek

alatt használt készségeit. Az alkotás, szereplés és ismeretszerzés ébren tartja az érdeklődést és hozzájárul a szellemi frissesség megőrzéséhez. Fontos megemlíteni, hogy az idősklubba járó tagokat a gondozónők figyelemmel kísérik, tehát ha valaki nem megy be egy reggel, és nem is jelzett, hogy más elfoglaltsága van, akkor azonnal felhívják, megkeresik, nincs-e probléma, rosszullet, betegség, nincs-e szüksége segítségre. Nagyon hasznosnak tartom, főleg az egyedül élő idősök esetében, ugyanis biztonságérzetet nyújt az a tudat, hogy vigyáznak, figyelnek rá. Sajnos másik tévhit a klubokkal kapcsolatban, hogy kötelező elmenni a megszervezett programokra. Az idősök számára azért van számos program felkínálva, hogy ezzel is szélesítsék az érdeklődésüket és egyben jó hangulatban, közösségben telik el a nap. Azonban mindenki önmaga dönti el, hogy részt kíván-e venni ezek valamelyikén. Az idős klub különösen nagy figyelmet szentel annak, hogy ne csak a program megszervezése legyen megvalósítva, hanem a tagok eljutása is a helyszínre, ha szeretnének részt venni az eseményen. Például hiába van meghirdetve a lehetőség, hogy egyik délután hangversenyen lehet részt venni, ha az idős embernek problémája van a tömegközlekedéssel, nem mer elindulni egyedül, vagy szorong az utcán, esetleg mozgáskorlátozottsága miatt nehézségei vannak. Ilyen esetben a klubnak biztosítania kell a lehetőség mellé a segítséget is, jelen példában az idős ember eljutását kell lehetővé tenni a megrendezett hangverseny színhelyére. Természetesen, ha nem szeretne részt venni ezeken a rendezvényeken, azt is tiszteletben kell tartani. Viszont ha vágyik arra, hogy eljusson, de ebben akadályoztatva van, fontos felismernünk a probléma okát, hogy segíteni tudjunk.

Érdekes volt számomra az idős klub helyiségének berendezése, ugyanis a kissé nagyobb létszámot is befogadó nappali mellett számos kisebb beszélgető szoba volt kialakítva, lehetőséget biztosítva a szűkebb körű társalgásoknak, elkerülve a túl nagy zsivajt, ami zavaró lehet némelyek számára. Ettől nagyobb előnyét viszont abban látom, hogy nem minden idős áll készen azonnal a nagyobb létszámú közösségben való részvételre. Ez a klubban való megjelenéstől is elriaszthatja. A kisebb helyiségek viszont lehetőséget biztosítanak a fokozatos beilleszkedésre. Különösen jellemző ez az aggodalom a pszichiátriai betegséggel küzdő és a hosszabb ideje magányosan élő idősökre. Ugyanez a fokozatosság vonatkozik a foglalkozásokon való részvételre is, ahol mindenki megtalálja az igényének és érdeklődésének megfelelő elfoglaltságot.

Az klubban tartózkodó idősöket megkérdezve, hogy szeretnek-e ott lenni és ha igen, miért, figyelemreméltó választ kaptam. Az idősök el sem tudnák képzelni az életüket a klub nélkül, hiszen hasonló korú és hasonló problémájú emberek közössége ez, ahol olyan szívesen töltik az idejüket, értelmet ad életüknek (különösen, akik már évtizedek óta látogatják az intézményt). Nagy igényük van ezekre az idős klubokra, és véleményük szerint több hasonló intézményt kellene létesíteni a városban. Szinte könnyes szemmel mesélték egymás szavába vágva az együtt töltött élményeiket: az egyik gondozott bácsi akkor töltötte születésnapját, és együtt ünnepelték meg ezt a szép kort. Elmesélte életét, annak főbb, emlékezetes eseményeit, és mindenki örömmel, mosolyogva hallgatta. Sok-sok süteménnyel, szeretettel köszöntötték, ami már önmagában is megható látvány volt, hiszen egy olyan idős számára, akinek nincsenek közelében a szerettei, - esetleg nincs is már családja, gyermektelen, párja elhunyt - ezek az élmények jelentik a valódi okot, hogy éljen. A megbecsülés, elfogadás, a meghallgatás és a szeretet, ami körbeveszi, jelenti az életet ezeknek az idősöknek. Számomra azért volt meglepő ezek megtapasztalása, mert nem gondoltam volna, hogy a szociális ellátásban mekkora fontossággal bír az idős klubok léte és működése. Természetesen ez különösen érvényes azokra a betegeknek, akik depresszióval küzdöttek/küzdenek, hiszen a közösség formáló és összetartó ereje gátja lehet a visszaesésnek. Talán nem túlzás kijelenteni, hogy ezzel a rehabilitációs lehetőséggel életet lehet menteni (megtartani), ugyanis

kivédhetőek az öngyilkossági kísérletek és végrehajtások egyaránt, amelyek köztudottan az időskori depresszió egyik gyakori követői.

A mentális és testi egészség megőrzése céljából is létfontosságúak a közös étkezések. Tény, hogy a magányosan, egyedül élő idősök nem fordítanak figyelmet az otthoni meleg ebéd elkészítésére, pontosan a család hiánya miatt. Sok idős azt mondja, hogy „magamért minék főzök”. Ez a szemlélet vezet oda, hogy a nem megfelelő folyadékbevitel kiszáradást, a nem megfelelő táplálkozás pedig hiánybetegségeket okoz, ami hetek, hónapok alatt súlyos leromláshoz vezethet. Az idősök klubjában együtt elfogyasztott meleg étel nemcsak a megfelelő tápláltságot segíti elő, hanem a családi összejövetelek hangulatát idézi, és az ebéd közbeni vidám beszélgetés még tovább segíti a társadalomba való reszocializációt. A klubban lehetőség van tea fogyasztására, az ebéd mellé friss vizet szolgálnak fel, tehát az idősök számára szükséges napi folyadékigény felét magához tudja venni a nappali intézményben.

7.4. A társ szerepe az idősök életében

Számomra megdöbbentő volt az a tapasztalat, amit az idősklubban hallottam a beszélgetés során, mely szerint a hétvégét otthontöltő gondozott hétfőn visszatérve a klubba alig tud beszélni, nehezebb esik megtalálni a megfelelő szavakat. Ez a jelenség az otthonukban teljesen egyedül élő idősök esetében fordul elő gyakran, hiszen társ hiányában nincs kivel beszélgetnie, ki sem mozdul a lakásból, és nem ritka, hogy egy szót sem szólnak egészen addig, amíg újra el nem mennek a klubba. Ugyanez vonatkozik a ceruza és tollhasználatra, ami szintén „el tud felejteni” a kezük. Gyakran kapnak a gondozottak rajzos feladatokat, amelyben tulajdonképpen nem is maga az elkészített rajz a terápia, hanem a munka közben használt mechanikus mozdulatok gyakorlása és a kreativitás fejlesztése. Jelen lévő, gyakori probléma az időskorban bekövetkező társhiány, magányosság, sajnos rengeteg az özvegy. Emiatt az egyedül élő idősök nagyfokú veszélyeztetettségnek vannak kitéve depresszió szempontjából. Fontos hangsúlyoznunk, hogy nincs egyedüli, üdvöztető megoldás a depresszió megelőzésében a magányos idősöket tekintve. Sokan javasolják, hogy az idős tartson háziállatot, ugyanis gondoskodhat róla, célt ad a mindennapoknak, és nem utolsósorban kimozdulásra ösztönzi a beteget. Ha kiskutyát tart, minden nap ki kell vinnie sétáltatni, ennivalót vásárolni neki, ezáltal is kapcsolatba kerülhet emberekkel, akár az utcán, vagy a boltban. Nyugodtan beszélhet hozzá, elmesélheti neki a napi terveit, gondolatait.

Sok idős ember abban találja a megnyugvást, ha folyton elhunyt párja sírjához látogat. Ezzel természetesen nincs semmi baj, de azt kell javasolni ilyen esetben, hogy minden nap másik virágboltba menjen. Ezzel is elősegítve annak a lehetőségét, hogy más-más emberekkel beszélgessen, új arcokat lásson, más útvonalon haladjon. Így egy idő után már nem is az lesz a fő cél, hogy kimenjen a temetőre, hanem az odafele vezető úton történt események és a készülődés tölti ki a napokat. Mindenképpen el kell érni, hogy a beteg közösségbe menjen, kommunikáljon, célja, feladata legyen a mindennapokban, és ne érezze azt, hogy neki már nem mutathat újat az élet. Mindig abban kell segíteni a betegnek, hogy olyan elfoglaltságot találjon, amelyben örömet leli.

7.5. Az élethosszig tartó tanulás

Tévesen gondolják azok, akik úgy hiszik, az idős embernek már nincs szüksége új ismeretekre és benyomásokra. A modern technika fejlődésével számos olyan tevékenység jött létre, ami negyven-ötven évvel ezelőtt elképzelhetetlennek tűnt. Úgy tapasztalom, az idősöknek komoly

problémát jelent, hogy lépést tartsanak gyermekeikkel, különösen unokáikkal a modern eszközök használatában. Ide tartozik a számítógép, mobiltelefon és a skype ismerete, ami nagyban megkönnyíti a mindennapi kommunikációnkat, szinte el sem tudnánk képzelni az életet nélkülük. Az idősök azonban kirekesztve érzik magukat ezek ismerete nélkül, és méltán érezhetik úgy, hogy elmegy mellettük a világ. Sajnos emiatt felerősödhet bennük a haszontalanság-érzés, az egyre növekvő magány, és ilyenkor valóban el is kezdődik a kirekesztődés: már nem követik a világ eseményeit, nem akarnak lépést tartani a technikával, és egyre inkább a múltbéli eseményeket emlegetik, élük át újra, mert ott még a társadalom megbecsült tagjai voltak. Ez a szemlélet sajnos sok időst magányossá, depresszióssá tesz.

Vannak azonban olyan idősök is, akiknek igenis igénye van az új ismeretek elsajátítására, és keresik is azokat a lehetőségeket, amelyek során szert tehetnek rájuk.

Az ismeretterjesztés idős korban természetesen nemcsak a modern eszközök használatára irányul, hanem fontosak azok az előadások, amelyek az egészséges életmódról, táplálkozásról szólnak, a betegségek megismeréséről, mivel sajnos minden idős ember küzd valamilyen (általában több) betegséggel, nagyon szívesen veszik a tájékoztatást.

Nyíregyházán már több alkalommal megrendezésre került az Idősök Akadémiája elnevezésű rendezvény, mely kitűnő színhelye az ismeretek átadásának. A tapasztalatok azt mutatják, hogy nagy az érdeklődés és az igény az efféle rendezvényekre, és örömmel hallgatják az idősök a számukra aktuális problémák orvosi vonatkozásait (cukorbetegség, reumatológiai betegségek), valamint a mentális egészség megőrzésének módjait.

7.6. „Vegyük észre!”

A háziorvossal történő beszélgetés során felszínre került a praxisban megjelenő betegek pszichés vezetésének fontossága, mely tartalmazza azt az idő intervallumot, ami szükséges a probléma megfelelő kezeléséhez és a rendelkezésre álló lehetőségek ismertetéséhez. Amikor egy depresszióban szenvedő idős beteg megjelenik a háziorvosi praxisban, szükség van nemcsak a megfelelő lehetőségek ismertetésére, hanem ebben az esetben a háziorvos értesíti a szociális gondozási központot, aki igény szerint kirendel egy körzetbe tartozó gondozónőt a beteghez. Természetesen a betegnek joga van visszautasítani az ellátást és a segítő felügyeletet (ami olykor meg is történik), ebben az esetben a háziorvos figyelemmel kíséri az illető állapotának romlását. Szükség esetén ismételten jelez a gondozónőnek, aki a beteg otthonában felajánlja a segítséget. Gyakran előfordul, hogy azok az idősök, akik eleinte tartottak a segítségnyújtás ezen formájától, és nem szerették volna igénybe venni még akkor sem, ha indokolt lett volna esetükben, azok többszöri próbálkozás és megkeresés után mégis elfogadják a lehetőséget, amit természetesen utána sem bánnak meg, hiszen rájönnek, hogy mégis szükségük van a megbeszélte vizitekre, esetenként az otthonukban előforduló kisebb feladatok elvégzésére. Ilyen módon tehát lehetőség van a betegek utánkövetésére, és állapotuk romlása esetén azonnal jelezni tudják a háziorvosnak, aki szakellátás irányába küldheti a beteget, ha állapota azt igényli.

A pszichiáter szakorvos véleménye szerint a beteg gyógyításának magában kell foglalnia az egész bio-pszicho-szociális rendszert. A szóhármass első komponenseként megjelenő bio tényező nem pusztán a gyógyszerek felírását jelenti. A kezeléshez ez nem elegendő. A pszicho-szociális ellátás részeként megjelenik a rehabilitáció, azaz hogyan lehetne a beteget minél eredményesebben visszahelyezni az életbe, a társadalomba. Ennél a tényezőnél meg kell vizsgálnunk, hogy kit lehet valójában rehabilitálni. Azokat a betegeket, akiknél agyi történések, sérülések okozták a hangulatzavart, nehezen lehet rehabilitálni, náluk a gyógyszeres terápia célravezetőbb. A veszteség, vagy feldolgozatlan élethelyzet, probléma,

stb. esetén fellépő depresszió azonban hatékonyan rehabilitálható. Valójában az egészségügyi intézmény nemcsak a bio tényezővel foglalkozik, tehát nem lehet azt mondani, hogy a kórházban csak gyógyszeres terápia folyik, ugyanis már ott elkezdődik valamilyen szinten a rehabilitáció. Számos lehetőség kínálkozik az egészségügyi ellátó rendszeren belül is a betegek állapotának javítására, például zeneterápia, vagy táncterápia formájában. Természetesen ezeknél a foglalkozásoknál is fontos elv a fokozatosság, ugyanis nem várható el egy depressziós betegtől, hogy azonnal táncra perdüljön. A közösség, a csoport építő struktúrája és a szakképzett vezető segítségével azonban kellő türelemmel feloldódhatnak ezek a betegek, és újra örömet találhatnak bizonyos tevékenységekben, ami segíti a gyógyulást. Fontos megjegyezni azonban, hogy a rehabilitáció során semmit sem szabad erőltetni. A lehetőséget fel kell kínálni a beteg számára, alternatívát kell neki adni, viszont igény szerint ő maga dönthesse el, hogy milyen tevékenységben, milyen mélységi szeretne részt venni.

A legfontosabb szempont a szakorvos szerint, ha a beteg kikerül az ellátó intézményből, hogy minél előbb közösségbe menjen. Viszont elengedhetetlenül fontos az individualizmus a rehabilitációban is, hiszen teljesen másképp kell kezelni egy falun élő és egy városi idős beteget. A kis községben élő betegnek talán örömet nyújthat a kerti munka is, a természettel való szoros kapcsolat kialakítása, egy városban élő beteg számára viszont megfelelőbb lehet a színházi látogatás, hangverseny, bevásárlás, stb. A rehabilitáció során tehát szem előtt kell tartanunk, hogy minden beteg más és más személyiséggel, családi háttérrel, attitűddel rendelkezik, ami a viselkedés alakulása szempontjából fontos befolyásoló tényező.

8. Következtetések és javaslatok

A kutatás során számos információ birtokába jutottam, amelyek alapján szeretném az általam felállított hipotéziseket megvizsgálni, vajon beigazolódtak, vagy hamisnak bizonyultak, valamint a probléma megoldására tennék javaslatokat, melyekben kifejttem a témában megfogalmazódott észrevételeimet. Hipotéziseim a következők voltak:

- Feltételezem, hogy a házi orvosok leterheltsége miatt a depresszióban szenvedő idős betegek nem kapnak megfelelő információt a rehabilitációs lehetőségekkel kapcsolatban.

A rehabilitációs lehetőségekről a betegek a házi orvosi praxisokban igény szerint megfelelő tájékoztatást kapnak, még a rendelési idő elhúzódásának árán is. A probléma ott jelentkezik, amikor az idős beteg a házi orvosa által kapott segítséget nem szeretné igénybe venni különböző okok miatt. Szorongás, félelem jelentkezhet a gondozással kapcsolatban, ugyanis az idős beteg általában kevés bizalommal fordul a szakképzett gondozónő felé, vagy attól tart, hogy a házából eltűnik valami (idős korban gyakoriak a meglopátások téveszmék), esetleg szégyenérzete támad amiatt, hogy őt ápolni, segíteni, gondozni kell, ezért inkább visszautasítja a lehetőséget. Az információátadás teljes körű, tehát a beteg tudomást szerez minden olyan intézményről és lehetőségről, amely számára elérhető, ezekből pedig kiválaszthatja igény szerint azt a formát, amelyben szeretne részt venni. Tehát összességében a hipotézisem hamisnak bizonyult, ugyanis ezek alapján úgy tűnik, nem a házi orvosi praxison belül vannak a betegek utókezelését veszélyeztető rések.

- Feltételezem, hogy azoknál az idős, depresszió diagnózisban szenvedő betegeknél, akik közösségbe járnak és aktív, tevékeny életet próbálnak élni, kisebb eséllyel jelentkezik relapszus.

A felmerült kérdésre, problémára a szociális ellátás keretein belül vizsgálódva találtam meg a választ. Az idősök klubjában történő látogatásom során, valamint a szociális gondozóval való beszélgetésből egyértelműen kiderült, hogy a klubban gyakran megfordulnak pszichiátriai kórképekkel küzdő betegek is, akik igénybe véve a rehabilitáció ezen formáját, a közösség és az aktív tevékenység folytán védettebbek a relapszussal szemben, mint azok a betegek, akik nem igénylik a velük hasonló korúak társaságát. Számomra igencsak meglepő, azonban felettébb pozitív élmény volt azt hallani, hogy nagyobb létszámú közösségben szinte észrevehetetlenek a hangulatzavarral küzdő betegek, ugyanis a gondozónő tapasztalata szerint a társaságban „húzzák őket a többiek”. Különösen azok az idősök veszélyeztetettebbek, akik magányosan élnek, viszont a klubot látogatva egészen különleges család formálódik körülötte. Hiszen ha beteg, és kórházba kényszerül, visszatérve a klubba könnyes szemekkel ölelik át egymást, örülnek a társuk jóllétének, ezáltal motiválva a beteget a mihamarabbi visszatérésre a közösségbe. Meggyőződésem, hogy ezek a közösségi védőhálóban lévő depresszió diagnózissal kezelt, otthonukba kerülő betegek, amikor állapotuk rosszabbra fordulna, számos esetben a társaság családias, elfogadó szeretete könnyíti meg számukra a betegség újbóli elhatalmasodásával való megküzdést. Tehát hipotézisem igaznak bizonyult.

- Feltételezem, hogy a kórházi ellátás keretében kezelt idős, depressziós betegek gyógyulásában nagy szerepet játszanak a megfelelő kreativitással, empátiával és szakképzettséggel rendelkező diplomás ápolók.

A diplomás ápolók szerepe a pszichiátriai ellátásban igencsak vitatott kérdés, viszont úgy gondolom meghatározó fontosságú a betegek számára. A pszichiáter szakorvossal történő beszélgetés során felszínre került az a probléma, mely szerint a szociális ellátásban gyakrabban alkalmaznak szociális gondozó végzettséggel rendelkező szakembereket, mint ápolókat, ugyanis ez a lépés pénzügyi okok miatt kedvezőbb az intézmény számára. Azonban a beteg számára előnyösebb a pszichiátriai kórképekben is szakképzett, azonnali problémafelismerő és helyzetkezelő képességgel rendelkező diplomás ápoló munkája, hiszen úgy gondolom, a szakorvosnak is könnyebb olyan team-ben dolgoznia, ahol az ápoló megfelelő szakmaisággal tud eljárni az előforduló esetekben. Ugyanez tapasztalható a kórházi osztályokon alkalmazott ápolók esetében is, azonban véleményem szerint hasznosabb a betegek szempontjából egy megfelelő szakképesítéssel rendelkező dolgozó munkája. A szakorvos szavait idézve: „a diplomás ápoló a hátán viszi az osztályt”. Mindent tud, ami ott történik, és a megfelelő intézkedésekkel (protokollok betartása) igyekszik előmozdítani a betegek mihamarabbi felépülését. A szakorvos véleménye szerint nemcsak hasznos a diplomás szakápoló jelenléte az osztályon, hanem a betegek is igénylik. Tehát hipotézisem igaznak bizonyult.

- Feltételezem, hogy nemcsak a betegeknek, hanem a pszichiátriai ellátás területén dolgozó szakorvosoknak és a háziorvosoknak is nagy igénye lenne a diplomás ápolók tudására és munkájára.

A pszichiátriai szakellátás területén dolgozó diplomás ápoló szerepe vitatott. Sokan fölöslegesnek, „túlképzettnek” tartják a diplomás munkaerőt egy mentális kórképeket gyógyító osztályon. A gyakorlatban azonban úgy tűnik, mégsem ez a vélemény dominál. A háziorvosi praxisban különösen indokolt lenne egy jól képzett főiskolai ápoló munkája, ugyanis a felismerés, kiszűrés és utánkövetés koordinálását megfelelő szakértelemmel el tudná látni a pszichiátriai zavarokkal küzdő betegek körében. A háziorvossal együttműködve sokkal hatékonyabban lehetne a betegeket a megfelelő terápia, rehabilitáció elfogadására presszionálni. A diplomás ápoló a rendelési időn kívül is látogathatná a betegeket, segítve ezzel az ellátás hatékonyságát és gördülékenységét, valamint a szociális ellátás felé történő

jelzéseket, dokumentációkat is megfelelően átvehetné, ezzel is tehermentesítve a háziorvost, és hatékonyabbá téve az ellátást. A háziorvossal történő beszélgetésből egyértelműen fény derült arra, hogy a praxisban történő diplomás ápoló alkalmazásának csakis finansziális akadálya van, ugyanis igény lenne rá, de sajnos a hasonló feladatkör elvégzését asszisztens végzi. Véleményem szerint, ha a finanszírozás megengedné, hatékonyabb lenne a betegek ellátása specifikált feladatkörök kiosztásával. Tehát minden feladat- vagy problémátípusra, ami a háziorvosi praxisban megjelenhet, külön szakembert alkalmaznának, ezzel is csökkentve a rizikótényezőket, hibalehetőségek szem elől tévesztését. Külföldön ez már bevált szokás, és úgy vélem ezért is hatékonyabb az ellátás, amit követendő példának tartok (természetesen a pénzügyi tényezők is nagy szerepet játszanak). Tehát a hipotézisem igaznak bizonyult.

9.Összefoglalás

Az organikus hangulatzavarban szenvedő idős betegek rehabilitációs lehetőségeinek kutatása során arra a kérdésre kerestem a választ, hogy vajon hol lehetnek az ellátórendszeren belül azok a rések, ami miatt a betegek nem jutnak megfelelő terápiához, utógondozáshoz, illetve hogyan tudna leghatékonyabban beilleszkedni egy diplomás ápoló a pszichiátriai ellátásba. Kutatásom során egyéni mélyinterjú formájában beszélgettem a szakellátás résztvevőivel: háziorvos, pszichiáter szakorvos, szociális gondozó és mentálhigiénikus. Azt szerettem volna megvizsgálni, hogy mennyire van összhangban a szociális és az egészségügyi ellátó rendszer a mentális zavarok gyógyítása terén. A kutatás Nyíregyházán történt, az interjúalanyok kiválasztása randomizált módszerrel valósult meg. A vizsgálat eredményei sokszínű képet festenek a rehabilitációs lehetőségek megvalósulásának mértékéről és annak okairól. A kutatás során bebizonyosodott, hogy a háziorvosi praxisban a beteg megkapja a megfelelő információt az igénybe vehető lehetőségekről, azonban sok esetben visszautasítja szorongás vagy bizalmatlanság miatt. Ekkor természetesen addig próbálkoznak a szakgondozók felkínálni a segítséget a betegnek, amíg be nem látja, hogy szüksége van felügyeletre, amely megbeszélés alapján, igény szerinti intervallumban történik. A depresszióban szenvedő idős betegek rehabilitációja szempontjából egyik létfontosságú elem a közösség, a társas interakciók elősegítése. Ez történhet idősek klubjában, vagy egyéb közösségekben. Hatalmas előnye, hogy nemcsak felügyeletet biztosít a beteg számára, hanem a valahová tartozás szükségletét is kielégíti, és motiválttá teszi a beteget az aktív tevékenységekre. Kiemelkedő fontosságú a közös ebéd, amelynek nemcsak szomatikus előnyei vannak a betegre nézve (folyadékpótlás, meleg étel fogyasztása minden nap, megfelelő tápanyag- és vitamindús étrend), hanem családi hangulatban, ismerős arcok között, hasznosnak, értékesnek érezheti magát. A kutatás egyik érdekes eredménye a diplomás ápolók szakképzettségére, munkájára való fokozott igény a háziorvosi és a szakellátásban egyaránt. Úgy vélem nemcsak a team munka hatékonysága, hanem a betegek egyre nagyobb színvonalon történő kezelése és ellátása miatt is fontos megfelelő kompetencia szintre helyezni a mentális betegek ápolását. Társadalmunkban erősen hangsúlyossá válik az idősek helyzete, nemcsak a korosztály megnövekedett száma, hanem az egyre több betegséggel küzdő idős egészségügyre nehezedő terhe miatt is, ezért indokoltnak érzem az (időskorban igen gyakori) mentális zavarokkal kapcsolatos kutatást, amely során igyekeztem feltárni az ellátás során fellépő nehézségek okait, valamint a leghatékonyabb rehabilitációs lehetőségek megvalósulását az idős betegek körében.

Irodalomjegyzék

1. Grün H. (1992): A belső gyógyítóerő. Akadémiai Kiadó, Budapest
2. Simkó A., Frater R., Tariska P. (1994): A gerontopszichiátria aktuális problémái. Print-X Kft, Budapest
3. http://www.onkorkep.hu/17_10/melleklet.html (Önkorkép - Esélyegyenlőségi melléklet; Látogatva: 2012. 09. 07.)
4. <http://www.ksh.hu> (Központi Statisztikai Hivatal honlapja; Látogatva: 2012. 09. 07.)
5. Osváth P., Fekete S. (2001): Időskor és öngyilkosság. Áttekintés a WHO/EURO multicentrikus európai szuicidumkutatás pécsi centrumának adatai alapján. Orvosi Hetilap, 142 (22). 1161-1164.
6. Osváth P., Fekete S. (2001): Időskor és öngyilkosság. Áttekintés a WHO/EURO multicentrikus európai szuicidumkutatás pécsi centrumának adatai alapján. Orvosi Hetilap, 142 (22). 1164.
7. www.csot.sote.hu/.../pszichiatrici.betegsegek.idos.korban (Látogatva: 2012. 08.12.)
8. Szémán Zs. (2012): SKYPE az idősgondozásban: egy intervenciós kutatás tapasztalatai. Esély, 2. 38-53.
9. Bánki M. Cs. (1994): Az agy évtizedében. Biográf Kiadó, Budapest (262.old.)
10. Füredi J.(2007): A pszichiátria rövidített kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
11. http://psychiatry.pote.hu/pdf/hun_2_002_affektiv.pdf (Látogatva: 2012. 08. 05.)
12. Berszán L., Mild B.(2010): Ajtónyitás: idős emberek társas interakcióinak kutatása. Magyar Gerontológia, 2/5. 32-45.
13. Bánlaky P. (2005): Családszociológia, Wesley János Kiadó, Budapest
14. Semsei I. (2008): Gerontológia, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségügyi Kari Jegyzetek 15., Nyíregyháza
15. Cserepes R. E., Pék Gy. (2009): Az özvegység hatása a nőiség megélésére és a szubjektív jóllétre középkorú és idős asszonyok csoportjaiban. Magyar Gerontológia, 1/3. 24-34.
16. users3.ml.mindenkilapja.hu/users/.../vasrnap-ids (Ha nincs kihez szólani...az időskori magányosságról; Látogatva: 2012. 09.18.)
17. Unützer J., Park M. (2012): Older adults with severe, treatment-resistant depression. JAMA, 308 (9).909-18.

18. Eloranta S., Arve S., Lavonius S., Routasalo P., Lehtonen A., Viitanen M., Isoaho H.(2012): Positive life orientation in old age: A 15-year follow-up. Arch Gerontol Geriatr., 55(3).586-91.
19. http://nol.hu/belfold/20120307-fagyhalal_otthon (Népszabadság online; Látogatva: 2012. 10. 05.)
20. Állami Számvevőszék (2012): Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről
21. net.jogtar.hu/eutv (1997. évi CLIV. törvény - az egészségügyről; Látogatva: 2012. 10. 06.)
22. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról; Látogatva: 2012. 10. 04.)
23. WHO (2009): Improving health systems and services for mental health
24. <http://cedrusbaja.hu/psziotthon.php> (Cédrus Egyesített Református Szociális Intézmény honlapja; Látogatva: 2012. 09. 03.)
25. Bugarszki és munkatársai (2007): PSZI-NAP Pszichiátriai betegek nappali intézménye, Irányelv. 3.
26. Bugarszki és munkatársai (2007): PSZI-NAP Pszichiátriai betegek nappali intézménye, Irányelv. 5.
27. <http://ebredések.hu/node/41> (Ébredések Alapítvány honlapja; Látogatva: 2012. 10. 14.)
28. Bugarszki (2006): A közösségi pszichiátriai ellátásról, Néhány gondolat egy új szolgáltatáshoz. Esély, 2. 68.

Mellékletek

Az organikus hangulatzavarban szenvedő idős betegek rehabilitációs lehetőségei és a társadalomba való reszocializáció segítése

Egyéni mélyinterjú tervezett kérdései

1.Vegyünk egy 67 éves depresszióval kezelt idős hölgybeteget, aki kórházi kezelését követően otthonába távozik. Sajnos gyermekei más városban élnek, férje már évekkel ezelőtt meghalt. Ennek feldolgozatlansága részben okozója is kialakult betegségének. Önmagát azonban csak részben tudja ellátni mozgási nehezítettsége miatt. Gyógyszereinek folyamatos szedését senki nem ellenőrzi. Köztudott, hogy a téli fagyások áldozatai a közösségtől izolálódott idősek közül kerülnek ki nagy százalékban. Különösen a magányos, és mentális betegségben szenvedők vannak veszélyeztetett helyzetben. Az Ön véleménye szerint *milyen ellátások és szaksegítség igénybevételéről kellene/lehetne tájékoztatni a beteget* (pont az ilyen tragikus esetek elkerülése miatt)?

2.*Mennyire megvalósítható ez a napi betegszám miatti leterheltség következtében?*

3.*Ön igényelné-e betegeivel kapcsolatban több időt a rehabilitációról és az utógondozási lehetőségekről történő beszélgetésekre (ha erre lenne lehetőség)? Ha lenne, hová irányítaná betegét utógondozás céljából, elkerülve a rizikótényezőként felmerülő relapszust?*

4.Az Ön véleménye szerint *segítséget nyújtana egy szakképzett, jól felkészült diplomás ápoló* a betegek utógondozásának koordinálásában, a beteg állapotának javulását megcélzó, interdiszciplináris team tagjaként?

5.*Ön hol látná egy ilyen diplomás ápoló helyét a pszichiátriai ellátás és utógondozás területén?*

Segítségét előre is köszönöm. Tájékoztatom, hogy az interjú teljes mértékben anonim, a beszélgetés részletei név nélkül kerülnek feldolgozásra.

További szép napot kívánok!

Köszönettel: Luciné Teráz Lilla

Bsc Ápoló szak, III. évfolyam

Egyéni mélyinterjú

Háziorvos

Kérdező: Vegyünk egy 67 éves depresszióval kezelt idős hölgybeteget, aki kórházi kezelését követően otthonába távozik. Sajnos gyermekei más városban élnek, férje már évekkel ezelőtt meghalt. Ennek feldolgozatlansága részben okozója is kialakult betegségének. Önmagát azonban csak részben tudja ellátni mozgási nehezítettsége miatt. Gyógyszereinek folyamatos szedését senki nem ellenőrzi. Köztudott, hogy a téli fagyások áldozatai a közösségtől izolálódott idősök közül kerülnek ki nagy százalékban. Különösen a magányos, és mentális betegségben szenvedők vannak veszélyeztetett helyzetben. Az Ön véleménye szerint milyen ellátások és szaksegítség igénybevételéről kellene/lehetne tájékoztatni a beteget (pont az ilyen tragikus esetek elkerülése miatt)? Tehát mit tudna Ön ajánlani...

Háziorvos: a betegnek?

Kérdező: igen...

H: Tehát ha eljön hozzám a beteg...önmaga fog hozzám eljönni, ugye, mert a hozzátartozók nem nagy törődnek vele, úgy látom...jó...akkor én a következő javaslatom a betegnek: ha fennjáró, arról tájékoztatnám, hogy működik a praxisunkban egy nappali idős klub, ami napi foglalkozás szinten működik, tehát reggel bemennek a páciensek, ott egy közös találkozó, reggelit nem biztosítunk, mert ugye mindenki otthon reggelizik, de van egy foglalkoztató, van mentálhigiénikus, és akkor ő ebben a klubban ellene délelőtt. Közös programokat szoktak csinálni, meghívott előadók vannak, tehát van egy szervezett napi program. Itt hasonló korú idős emberek vannak, akik vagy azért, mert a gyerekei dolgoznak, vagy teljesen egyedül élők, és közösségre vágnak. Délelőtt közös ebéd van, délután azt hiszem, hogy fél négyig lehet ott a klubban tartózkodni, tehát ez maximális napi elfoglaltság, azoknak, akik fennjáróak. Úgy fennjáróak, hogy jól tudnak közlekedni, tömegközlekedést önállóan igénybe tudnak venni, és gyakran több klub együttes szervezésével el tudnak menni kirándulni: Galyatető, szatmári körutakat csinálnak, tehát vannak ilyen programok...aztán van arra is lehetőség, hogy ha valaki nem tud bemenni a klubba, akkor kimennek a lakására, és az intézet gépjárművével, a gondozó

segítségével az intézménybe őt beszállítják. Tehát ez egy nagyon jó program, minden napra ad programot az időseknek. Van olyan is, hogy Idősek Akadémiája, itt különböző témakörökről, mint például gyógyszeresedés szükségessége, betegségek úgy általánosságban, mentálhigiénés problémák, depresszió... tehát különböző témakörökben bizonyos rendszerességgel vannak előadások. Ebben nemcsak ez a klub vesz részt, hanem a város valamennyi klubja, a megyében lévő klubok összehívóznak, és itt nagy előadók megtartják az előadást. Tehát én ezt ajánlanám.

K: és milyen létszámmal működnek ezek a klubok?

H: itt nemcsak egy klub van, hanem több is a városban, körülbelül húszas létszámmal működnek, itt mindegyik házi orvos tudja, hogy melyik körzet kihez tartozik, és hogy milyen klub működik ott... többfelé a városban. Van, amit összevontak.

K: és népszerűen ezek a klubok? Tudnak róla a betegek?

H: hát igen... a klub az élet... tulajdonképpen megkívánja azt, hogy reggel időben azért illik oda 9-10 óráig odaérni, a keljek fel, öltözzek föl, tisztálkodjak meg, emberi méltóságomat megőrizzem, a klubban... mert ugye némely idős ember annyira demens, vagy személyisége annyira rossz, időskorára ezek annyira felerősödnek... mert lehet, hogy fiatal korában is egy kicsikét lustácska volt, és nem szerette a rendet, azok nem is szeretnek ide járni. De az, aki aktív életet élt, maga körül szeret rendbe tenni mindent, és igényli azt, hogy... ő nem engedi el magát, veszi a fáradságot, fölkelnek, felöltöznak, megreggeliznek szépen, bejönnek a klubba, és ott diskurálnak... újságot olvasnak, rádiót hallgatnak, időnként mindenféle ünnepségekre meg szokták őket keresni, vagy óvoda, vagy iskola... tehát aktív életet élnek.

Akkor szoktak maguk között bulikat tartani, színjátszás is... színjátszókör is működik, szavalás, mesemondás, tehát kölcsönösen megajándékozzák az óvodásokat, azzal, hogy ők mesét mondanak, az óvodások meg szerepet játszanak. Tehát nagyon sok lehetőség van, ez a klub élet... én nagyon javaslom... ez egy nagyon megszervezett, jól működő, évtizedek óta működő szervezet.

Abban az esetben, ha valamelyik klubtag valamilyen oknál fogva nem ment be, akkor ott a gondozónő a megfelelő lépéseket megteszi, megnézi a lakáson, hogy miért nem megy be...

K: akkor őket utánkövetik...

H: hogyne, hogyne... a fennjáró betegeket. De ha most a példában ő nem ágyhoz kötött, és úgy érzi, hogy nem kíván bemenni, nem érez semmiféle motivációt arra, hogy ő bejöjjön a klubba, akkor van ilyen, hogy szociális gondozás. A gondozónő elmegy, megnézi, hogy tisztességesen megmosakodott-e, felöltözött-e, rendben van-e az ágy, elmosogatott-e, beszédte-e a gyógyszert, tehát itt napi gondozások vannak... igénytől függően, napi egy órától, vagy heti két alkalom... van ilyen, hogy háznál szociális gondozás. Ezeket a páciensek tudják, és minden háziorvos ennek megfelelően látja el.

K: Mennyire megvalósítható ez a napi betegszám miatti leterheltség következtében?

H: Hát ugye évtizedek óta ismerjük a betegeinket, tudjuk, hogy mi az igény, végig tudjuk kísérni az ő állapotát. Hogy tíz évvel ezelőtt... régóta vagyok ebben a praxisban... tudom, hogy tíz évvel ezelőtt ő milyen állapotban volt, milyen fizikális, mentális állapotban volt, és hogy változott az ő állapota az életkori sajátosságoknak megfelelően, ezért látjuk azt, hogy milyen igények vannak... akkor először felajánljuk, aztán vagy elfogadja vagy nem, amikor már azt látjuk, hogy szükséges, akkor kicsit erőteljesebben mondjuk azt, hogy na akkor mostantól kiküldjük a gondozónőt, és úgy ítéljük meg, hogy ezt meg ezt kell csinálni. Vagy a klubot azt sajnos nem tudjuk forszírozni, mert az esetleges, azt magának kell belátnia, amilyen gondozásra szorul, azért igyekszünk. Vagy ha ő maga már mentálisan olyan állapotban van, hogy segítségre szorul, de ezt nem tudja belátni, akkor valamilyen hozzátartozót mindenképpen találunk, aki ez ügyben segítségünkre lesz. Tehát ez nekem nem okoz problémát.

K: Ön igényelne-e betegeivel kapcsolatban több időt a rehabilitációról és az utógondozási lehetőségekről történő beszélgetésekre (ha erre lenne lehetőség)? Ha lenne, hová irányítaná betegét utógondozás céljából, elkerülve a rizikótényezőként felmerülő relapszust?

H: na most... hát ezekre időt szánunk, erre időt kell szánni. A rendelési idő elnyúlhat, ez nem okoz problémát, tehát hogyha úgy ítéljük meg, hogy ő mentálisan vagy akár szomatikusan olyan állapotban van, hogy segítségre szorul, a hozzátartozók ezt nem tudják biztosítani, akkor mi meg fogjuk tenni a megfelelő lépéseket. Vagy otthonában ápoltatjuk, vagy ha úgy látjuk, hogy csak közösségre van igénye, mert befordult, magányosság vált, akkor felajánljuk neki ezt a klubot. Ha valaki minden elől elzárkózik, akkor nem tudunk mit kezdeni

ezzel az állapottal, azt látjuk, hogy hanyatlás történik, romlik az állapota, akkor minden esetben pszichiáter segítségét vesszük igénybe. És akkor ha elkezdi szedni a gyógyszereket, javul az állapota, akkor megint felajánljuk neki ezt a lehetőséget. Megint megteesszük ugyanezt a kört... valakivel háromszor végigjárjuk. Van olyan, hogy elmegy a... vannak gondozási csoportok minden régióhoz kötve, ezeknek a gondozási csoportoknak vannak vezetői, nekik vannak gondozónők, és mi jelezzük a vezetőknek, hogy van egy ilyen beteg, itt lakik, ilyen és ilyen gondok vannak. Ő akkor felkeresi a gondozni kívánt páciensünket, és akkor beleegyezik. Másnap azt mondja, hogy mégsem akarom... jó, akkor hagyjuk őt pihenni... egy idő után megint azt látjuk, hogy az igényei... akkor megint kiküldjük, és azt mondjuk, hogy tessék szíves lenni, és akkor hagyja, és utána azt mondja, hogy ezt milyen jó, hogy elmegy ez az illető, és neki fölrakta a függönyt, mert nem tudta megcsinálni, vagy kiváltotta a gyógyszert...

K: Az Ön véleménye szerint segítséget nyújtana egy szakképzett, jól felkészült diplomás ápoló a betegek utógondozásának koordinálásában, a beteg állapotának javulását megcélzó, interdiszciplináris team tagjaként?

H: Hát igen... igen. Ennek egyetlen akadálya van, hogy a praxis nem tudja alkalmazni, mert a praxisban nincs arra keret, hogy egy diplomás ápolót alkalmazzunk. Van egy orvosírnokom, van egy szakképzett szakasszisztensem, van egy alkalmazott szakorvosom, vagyok még én, és ezt a praxis már nem bírja el. Tehát itt nem lehetne ebben az esetben megoldani a problémát. De ha finanszírozásban ezt támogatnák, minden további nélkül boldogan alkalmaznék heti két alkalommal, vagy két nap, mert ugye nem minden nap... több praxisnak kellene alkalmazni egy diplomás ápolót, és összeszedné ezeket az idős embereket, tájékoztatná, a lehetőségeket elmondaná, csak pénz kérdése...

K: Ön hol látná egy ilyen diplomás ápoló helyét a pszichiátriai ellátás és utógondozás területén?

H: Hát igen... hát itt látnám gyakorlatilag... a diplomás ápoló azért gyakorlatilag felvehetné a kapcsolatot például a szakrendelővel, mert nagyon hiányolom azt, hogy nagyon sok pszichiátriai betegünk otthonában magába süllyedve, szedi a gyógyszereket, küldjük a szociális gondozót, de amikor be kellene menni, akkor nem akar bemenni... akkor lenne egy alkalmazott arra, hogy kiszállásos rendszerben... régen voltak ilyenek, amikor úgy ítélte meg a háziorvos, hogy már nem boldogul azzal a pszichiátriai beteggel, akkor volt ilyen mozgó

szakszolgálat és akkor kiment a rendelőintézet orvosa, szakorvos, a pszichiáter, a pszichiátriai nővér, és ott megpróbálták arra presszionálni a beteget, hogy menjen be, vagy pedig megadták ott a terápiát, mert ők megtehették... amit én nem tehetek meg... nekik inkább megvannak az eszközeik, és akkor így is lehetne a diplomás ápolónak, hogy ha erre specializálódott és a pszichiátriai betegekkel kíván foglalkozni. Én így gondolnám.

K: Nagyon szépen köszönöm.

Egyéni mélyinterjú

Mentálhigiénikus

Mentálhigiénikus: Na akkor ha már itt vagyunk, beszéljessünk kicsit arról, hogy miért is van szüksége az idős embernek közösségre? Mert ez a legfontosabb, amit először tisztázni kell, hogy tovább tudjunk haladni. Itt vannak rögtön, ugye, a nyugdíjazás nagy kérdései. Mert mi is történik akkor, ha egy idős ember nyugdíjba vonul? Észrevette már, hogy ha ki kell tölteni egy nyomtatványt, akkor mit kell ráírni a foglalkozásnál? Azt, hogy nyugdíjas. Most gondolja csak el! Ilyen foglalkozás nincsen. Milyen megalázó ez egy idős embernek! Mennyire megbélyegzi a további életét! Mert igazából attól, hogy ő nyugdíjba vonult, ő még ugyanúgy tűzoltó, rendőr, tanár, vagy akármi. Ez nincs sehol leírva, de tapasztalatból mondom, hogy azok az idősek, akik magasabb státuszban voltak a munkahelyükön, azok viselik nehezebben a nyugdíjazást. Ők kicsit erősen fogalmaznak, de úgy érzik, hogy nem tudnak elvegyülni a többiek között. Nekik ez lealacsonyító. Ezért van az, hogy a magas státuszban dolgozó embereket alig lehet nyugdíjba küldeni, mert még dolgozna. Nem tudja abbahagyni. Megszokta azt a tekintélyt, azt a környezetet, amiben ő élt.

A legfontosabb, hogy cél és feladat szükséges! Tehát cél és feladat...Nézzük meg, hogy mi is történik egy idős emberrel... megváltozik a társadalmi megítélésük, ugye... aztán megváltozik a családon belüli megítélésük.

Van olyan, amikor túl sok feladatot bízunk az idős emberre, csúnya szóval cseléd szerepben van... és a túl nagy felelősségérzet miatt minden energiáját felhasználja...neki ugyanis nem szabad betegnek lenni, mert akkor ki fogja elhozni a gyereket az óvodából, ki főzi meg az ebédet, adja fel a postán a csekket... ez előbb-utóbb kiégéshez vezet, mert ugye minden energiáját felhasználja... ezt mondtuk, igen... és emiatt depresszió is kialakulhat.

Ilyenkor két lehetőség van: vagy eltitkolja, hogy meg tudjon felelni a családnak, a gyerekeinek, vagy pedig erőn felül teljesít, a betegsége egyre súlyosbodik, és egyszer csak kimerül... mindkét oldalról, a szülő és a gyerek részéről is dilemmákat vet fel. A gyermek magát hibáztatja, hogy miért nem vettem észre, miért terheltem meg annyira, hamarabb látnom kellett volna... a szülő pedig azért hibáztatja magát, mert ki fogja most akkor ellátni a feladatokat, ha ő leesik lábról? Mind a két oldalról dilemmákat okoz. A gyermek nem tudja felvállalni a

szülőről való gondoskodást, hogyan is tudná, hiszen egyrészt most neki kell elvégezni azokat a feladatokat, amit eddig a szülő, tehát lehet, hogy két munkát vállal, hogy megéljenek, vagy hétvégén is dolgozik, másrészről pedig a mai lakásviszonyok is megnehezítik a helyzetet. Lehet, hogy azért nem tudja magához venni, mert egyszerűen nem tudja hová, nem férnek el... nem feltétlenül azért, mert nem akarja, vagy ő egy gonosz ember... persze vannak ilyenek is, de...

aki viszont érzelmileg stabil, az olyan megoldást fog keresni, ami mindenkinek megfelelő...például ott van a házi gondozás... ez naponta körülbelül 4 órán belüli ellátást igényel, és orvosi javaslatra történik...akkor van a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, ami egy 24 órás szolgálat, és állandó biztonságot jelent az idős embernek...van egy jelzőkészülék, amit megkapnak ezek az idősek, ez olyan, mint egy mobiltelefon...és ha megnyomják, akkor az jelez a központban, és a helyileg illetékes gondozónő kimegy házhoz, megnézi mi a baj...egyébként a taxiállomással is van szerződésünk, hogyha gyorsan kell kimenni a helyszínre, ez sokat segít...

Kérdező: És hány ilyen készülék van körülbelül Nyíregyházán?

M: hát nem akarok neked butaságot mondani, de olyan 110... inkább úgy mondom, hogy 100 fölötti számban található...

K: és ezekre mekkora az igény? Igénylik az idősek?

M: Persze, mert így sokkal nagyobb biztonságban érzik magukat... ha bármi baj van, akkor tudnak jelezni, és segítséget kapnak. Ilyen rendszer még, hasonló ehhez a szomszédhívó készülék, az is olyan, mint egy telefon, de csak egy gomb van rajta, és ha megnyomja, a szomszédnál jelez. Ezt is szeretik az idősek, de persze ez attól is függ, hogy van-e olyan szomszéd, aki otthon van, vagy rá lehet bízni egy ilyet. Jöhetnek ide az idős klubba is... az a lényeg, hogy motiválttá kell tenni őket, hogy lendületet adjunk az időseknek... de működik egy olyan rendezvénysorozat is, hogy Idősek Akadémiája, ahol meghívunk különböző előadókat, és akkor ők tartanak előadást... mindig más témáról, mostmár körülbelül 10 éve tartjuk minden évben folyamatosan, és nagyon szeretik az idősek... szó van betegségekről, lelki problémákról, és hát mindenről, ami őket érdekli, tudod... az idős klubban hétfőtől péntekig tartózkodnak itt a gondozottak, hétvégére ugye mindenki hazamegy, de egyébként ez meg is látszik rajtuk... hétfőn, amikor visszajönnek a közösségbe, nem egy idős embernél észrevenni, hogy alig találja a szavakat, nehezebbre esik a beszéd...

azért, mert otthon senkihez nem szól, és ez nem jó... szoktam is mondani ezeknek az időseknek, hogy igenis beszélgessen magában nyugodtan... erre ők mindig azt mondják, hogy a bolondok szoktak magukban beszélni... de ez nem igaz... nagyon is szükség van arra, hogy kommunikáljon... vagy azt mondom neki, hogy beszélgessen a TV-vel, vagy a háziállatával, ha van... ugyanilyen a ceruza- és a tollhasználat... sokszor a gyakorlatban úgy történik, hogy adok nekik rajzolós feladatokat, de tulajdonképpen nem a rajz számít ilyenkor, hanem maga a mechanizmus, hogy használja a tollat, a ceruzát...

Ilyenkor szoktam velük beszélgetni, és el szoktam mondani – szeretek nekik ilyen kis előadásokat tartani – hogy az időskor nagy csapdái mik... erre ők mindig azt válaszolják, hogy a pénzügyi nehézségek... én pedig szépen elmondom nekik, hogy nem... a pénz az csak az egyik csapda, viszont gondoljanak csak az egészségre... hiába van valakinek pénze, ha egészsége nincs... ilyenkor mindig elgondolkoznak... a másik ilyen a szociális helyzet megváltozása, a társadalmi megítélés, ugye, amiről már beszéltünk is, itt jön a pénzügyi nehézségek, és az özvegyé válás, egyedüllét, és a szerepek megélése...hát gondoljunk csak bele, hogy amikor van egy család...apa, anya gyerekek... mindenkinek megvan a maga szerepe, amiben benne van... ha az egyik szülő, például az apa meghal, akkor az anya ott marad egyedül, és senki sem lesz ugyanolyan helyzetben... például az apa szerepét bizonyos fokig átveszi az anya... a gyerekek is önállóbbak lesznek, szóval az egész család szerkezete megváltozik... ezek a megváltozott helyzetek, szerepek pedig könnyen depresszióba sodorhatják az embereket...

a másik nehézség az idősek számára az öregedés jeleinek elfogadása, vagyis amikor saját magukon érzékelik ezeket a jeleket... hogy már nem bír ugyanannyit, mint régen, ráncosodik az arca... ez az önmaguk el nem fogadása nagyon nagy szerepet játszik a depresszió kialakulásában... ilyenkor szoktam nekik azt a feladatot adni, hogy otthon nézzék meg magukat a tükörben, és mondjanak maguknak valami szépet... ez mindig nagyon nehezen szokott menni nekik, és sokszor mesélik is, hogy elsírják magukat, és képtelenek szépet mondani saját maguknak... ez nagyon nehéz... mondtam is, hogy gyakorolni kell, nem könnyű... de van, aki egyszerűen letagadja, nem vesz róla tudomást, hogy már nem olyan, mint régen... ráfogja a fáradtságra, vagy ilyesmire... de hát ez nem baj, mindenki más... ezért is jó a közösség... nagyon építik egymást és ez megvédi az időseket a depressziótól.

K: Köszönöm szépen a segítséget.

Egyéni mélyinterjú

Szociális gondozó

Kérdező: Azt szeretném kérdezni, hogy mennyire nagy az igény az idősök klubjára? Szeretnek ide járni?

Szociális gondozó: Persze, természetesen, nagyon szeretnek, és igénylik is, hogy legyenek ilyen intézmények... el sem tudnák képzelni az életüket e nélkül. Gondolja csak el... minden reggel bejön, elkészül, itt meleg ebédet kap, amit együtt tudnak elfogyasztani... ez is nagyon fontos... például a napi folyadékszükségletük nagyjából felét itt fel tudják venni, és ez egy idősnél nagyon fontos... szervezünk nekik programokat, amint láthatta is az előbb, születésnapot tartunk... nagyon szeretik ezeket a programokat, ilyenkor elmesélik az életük legszebb eseményeit, és mindenki szépen, figyelmesen hallgatja... van itt torta, sütemény, minden... szépen felköszöntöttük a bácsit.

Amint látja itt hasonló korú idősök vannak, hasonló problémákkal, jól megértik egymást. Bejönnek, újságot olvasnak, vagy beszélgetnek, nem muszáj persze mindig csinálni valamit, valaki csak olvasgatni jön be, de bejön... ez a legfontosabb... hogy ne szakadjon ki a közösségből, mert akkor egy-két hét alatt nagyon le tudnak romlani... például van itt egy bácsi, aki kórházban feküdt sokáig, akkor nem is volt a klubban, de mikor visszajött, annyira szépen fogadták, örültek egymásnak... szóval van miért visszajönni... van, ami motiválja őket.

Kérdező: És hány embert tud befogadni ez az intézmény?

Szociális gondozó: Körülbelül 28 főt tud fogadni az intézmény, de amint látja, a nagy nappali helyiségen kívül vannak kisebb helyiségek is, ahol el lehet beszélgetni külön... nem lehet 28 embert egy helyre bezsúfolni, mert egyrészt túl nagy lenne a zsivaj, másrészt meg nem mindenki bírja hirtelen a nagy társaságot, különösen a kicsit zárkózottabb öregek. Ők külön ezekben a kisebb helyiségekben tudnak kettesével-hármasával beszélgetni. Ez a létszám az intézményben pont ideális, nem kellene se több se kevesebb, mert így pont elegendő idő jut egy-egy emberre. És ők igénylik is ezt az időt.

K: Előfordulnak a klubban pszichiátriai betegek?

Sz: Igen, van is depressziós betegünk, de volt ezelőtt egy bipoláris is. Az az igazság, hogy ha egy-kettő ilyen beteg van, az fel sem tűnik a közösségben.

K: Akkor többet már nem is bírna el a klub?

Sz: Igen, ez így körülbelül jó, mert ha van egy vagy két ilyen beteg, akkor ha rosszabbul is vannak, a közösség húzza őket. Volt például egy depressziós néni, és ő csakis azért nem esett teljesen vissza, pedig nagyon rosszul volt, egész nap egy szót se lehetett belőle kihúzni, csak ült a sarokban... és a közösség miatt nem romlott le teljesen... mert van miért bejönni minden nap. Már úgy várják egymást, ez tölti ki a napjaikat.

Tudja ez itt olyan, mint egy család... úgy egymáshoz vannak növe... persze egy családban is vannak konfliktusok... természetesen itt is... de hát ezeket kezelni kell szépen.

K: Köszönöm a beszélgetést.

Egyéni mélyinterjú

Pszichiáter szakorvos

Kérdező: Vegyünk egy 67 éves depresszióval kezelt idős hölgybeteget, aki kórházi kezelését követően otthonába távozik. Sajnos gyermekei más városban élnek, férje már évekkel ezelőtt meghalt. Ennek feldolgozatlansága részben okozója is kialakult betegségének. Önmagát azonban csak részben tudja ellátni mozgási nehezítettsége miatt. Gyógyszereinek folyamatos szedését senki nem ellenőrzi. Köztudott, hogy a téli fagyások áldozatai a közösségtől izolálódott idősök közül kerülnek ki nagy százalékban. Különösen a magányos, és mentális betegségben szenvedők vannak veszélyeztetett helyzetben. Az Ön véleménye szerint milyen ellátások és szaksegítség igénybevételéről kellene/lehetne tájékoztatni a beteget (pont az ilyen tragikus esetek elkerülése miatt)?

Pszichiáter: Akkor most először is tisztázzuk, hogy milyen rehabilitációra gondol... mert ugye azok, akiket igazán organikusnak nevezünk, például egy stroke utáni depressziót nem lehet rehabilitálni... gyógyszerekkel, hangulatjavítókkal lehet kezelni... de aki például veszteség miatt, vagy akármi más miatt depressziós, annál érdemes rehabilitációról beszélni... na most amire ön gondol, azt nem úgy kell elképzelni, hogy a kórház és a rehabilitáció két külön fogalom. A rehabilitáció már itt a kórházban elkezdődik, ugyanis a betegek járnak zeneterápiára, táncterápiára, csoportfoglalkozások vannak... de ott se úgy van persze, hogy a beteget rögtön arra kérjük, hogy táncra perdüljön, hanem mindent szépen lassan, fokozatosan... én azt mondom mindenkinek, akinek ilyen betegsége van, hogy közösségbe kell menni. Igenis menjen ki az utcára, sétáljon, beszélgessen. Van olyan betegem, akinek az a megnyugvás, hogy állandóan a temetőre jár az elhunyt férjéhez. Nincs ezzel semmi baj, de neki például azt mondtam, hogy ha kimegy a temetőre, mindig másik virágboltba menjen, és mindig más úton menjen haza. Kérdezi miért... hát azért, mert egy idő után már nem a virág fog számítani, hanem az, ami útközben történt, hogy a virágboltossal beszélget, mindig más emberrel, kikkel találkozik, mi történik út közben. És ez fogja őt visszahelyezni a társadalomba.

Az ugye nagyon fontos, hogy nem lehet mindenkit egyformán rehabilitálni. Nem ugyanaz egy falusi ember és egy városi. Ha azt mondom a falusi idősnek, hogy menjen ki a kertbe, kapáljon, szedje ki a gatz, lehet, hogy neki az lesz a

megfelelő rehabilitáció, nem is kell más. A városinak viszont nem mondhatom ugyanezt, nála meg ott van a színház, egyebek. Ez ugye nagyon fontos... Lényeg az, hogy mindenáron rá kell venni a beteget, hogy kimozduljon, az utcára menjen, közösségbe menjen. Azt is szoktam a betegeknek mondani, hogy ha más nem lehet, vegyenek egy háziállatot. Az is tökéletesen jó, lehet vele beszélgetni, gondoskodni kell róla... és akkor nem magányosodik el.

Az én édesapám is depressziós volt, én meg feladatokat adtam neki. Lehet, hogy amit neki mondtam, azt egy óra alatt megcsináltam volna (például egy csekket feladni, vagy elmenni a gyerekekért), neki viszont az egész napján strukturálttá tette, és még volt is ideje délután lepihenni, mielőtt elment volna mondjuk a gyerekért olyan 4 óra körül. Tehát a rehabilitációnál mindig azt kell szem előtt tartani, hogy visszahelyezzük valahogy az életbe. Szoktam is mondani, hogy az élet a legjobb rehabilitáció.

K: És a diplomás ápolók helyzetét hogyan látja az ellátás területén?

P: Én nagyon becsülöm a diplomás ápolókat, ugyanis úgy gondolom, hogy nagyon képzetek, mármint aki mondjuk pszichiátriával szeretne foglalkozni. Szerintem az a baj, hogy nincsenek a feladatok kompetencia szerint elosztva. Egy barátom például Svédországban, aki gyereksebész, mondta, hogy a betegekkel egy héten egy órát beszél. Meg van mondva, hogy minden csütörtökön ettől eddig van vizit, és többet nem lehet a beteggel. Kint tényleg a tudásából él, azért fizetik. És mindent az ápolók csinálnak. Külön van, aki felveszi a beteget, megvizsgálja, kitölti az anamnézislapot, és utána abból referál az orvosnak. Tehát az orvos csak a kész információból dönti el, hogy milyen terápiát alkalmaz. Akkor külön van ápoló az alap ellátási feladatokra, ágyazásra, van, aki csak etet, aki gyógyszerel, és van olyan, aki az egészet összefogja, és dokumentál. Szóval minden annyira meg van szervezve, hogy ehhez képest itthon még sehol sem vagyunk. Meg is értem, ha kimennek a diplomások... már aki ki tud...érti...

K: Akkor ezek szerint Ön látja az igényt az osztályon is a diplomás szakemberekre...

P: Tudja az a helyzet, hogy van olyan intézmény, ahová szoktam menni ügyelni, hogy takarítónőből átképzett ápolókat alkalmaznak, a diplomásokat meg kirúgták. Tudja, ez a gyorsalpalós ápoló...megyek a vizitre, erre mondja nekem az ápolónő, hogy Margit néni olyan furcsa...mire én kérdezem, hogy miért, milyen? ... hát olyan más, mint szokott lenni...mondom: hallucinál?... erre ő

csak néz rám... azt se tudta mi az... szóval ezekre mondom, érte? hogy nem mindegy, nekünk is könnyebb, ha olyannal dolgozunk, aki tájékozott a pszichiátriában, mert beszélhetek én akkor...

Mind a pénz miatt van, tudja kedvezőbb finanszírozásúak az ilyen szociális ápolók... hát erre halad Magyarország...

...¹

A másik meg, hogy egy diplomás ápoló például vezethetne csoportokat... az nemcsak neki lenne egy sikerélmény, hanem a munkát is megkönnyítené...jó, lehet, hogy először idő kellene, míg belejön, de utána, ha sikerül, akkor egyre jobban menne, és lehetne ilyesmiket rábízni...ez például nagyon jó lenne.

K: Köszönöm a segítségét.

¹ a kipontozott szövegrészek teljes mértékben eltértek a kutatás témájától, ezért nem kerültek bemutatásra