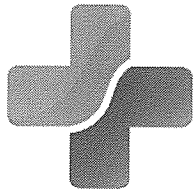




Székhelye: 5630 Békés, Verseny u. 7.



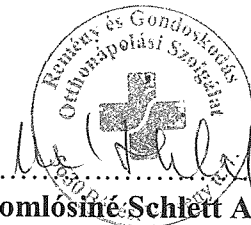
Remény és Gondoskodás  
Otthonápolási Szolgálat

## ÁPOLÁSI PROTOKOLL

/Békés, Szeged, Pécs, Kecskemét telephelyeken/

2024.

Készítette:



Komlósiné Schlett Anikó  
REGOSZ igazgató

Készült:  
Békés, 2024. 02. 01.

Érvényes: 2024. február 2.



Ssz:	Protokoll megnevezése	Száma:	Érvényes:
1.	Szondatáplálás	ÁP 01-01	2026.02.01.
2.	Tracheális kanül tisztítása Légutak leszívása	ÁP 01-02	2026.02.01.
3.	Állandó katéter cseréje és gondozása	ÁP 01-03	2026.02.01.
4.	Intravénás folyadék- és elektrolit pótláshoz, parenterális gyógyszer beadásához kapcsolódó szakápolási feladatok	ÁP 01-04	2026.02.01.
5.	Baleseti és egyéb műtétek utáni feladatok Önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéné biztosítása, valamint a mozgás segítése	ÁP 01-05	2026.02.01.
6.	Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása Sztomaterápia, drének kezelésének szakápolási feladatai Szájápolási tevékenységek műtét után	ÁP 01-06	2026.02.01.
7.	Decubitálódott területek, fekélyek szakápolási feladatai	ÁP 01-07	2026.02.01.
8.	Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok	ÁP 01-08	2026.02.01.
9.	UH inhalálás, légzésterápia Szívó alkalmazása Oxigénterápia	ÁP 01-09	2026.02.01.
10.	Tartós fájdalom csillapítása	ÁP 01-10	2026.02.01.
11.	Gyógytorna, elektroterápia biztosítása	ÁP 01-11	2026.02.01.
12.	A haldokló beteg ellátása	ÁP 01-12	2026.02.01.
13.	A beteg pszichés vezetése, étkezési tanácsadás, tevékenységek tanítása	ÁP 01-13	2026.02.01.
14.	Otthoni parenterális táplálás végzése	ÁP 01-14	2026.02.01.
15.	Otthoni szakápolás dokumentációinak vezetése	ÁP 01-15	2026.02.01.
16.	Higiénés kézfertőtlenítés	ÁP 01-16	2026.02.01.
17.	Sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői	ÁP 01-17	2026.02.01.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	---	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	<b>Szondatáplálás</b>		ÁP 01-01
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024. 02. 01.	<b>Érvényes</b>	2026.02. 01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01-01 Szondatáplálás**

### 1. Cél:

Táplálkozási kockázattal rendelkező és hagyományos úton nem kielégítően táplálható egyének számára, kiegészítő vagy teljes mesterséges táplálás, gyárilag előállított tápszerekkel.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet, Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja a betegségekhez malnutrició megelőzése és kezelése, mesterséges táplálás terápiával - enterális szondatáplálás,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996), [www.amnutrison.hu](http://www.amnutrison.hu)

### 4. A folyamat leírása:

A táplálás alapvető fiziológiai szükséglet, amelyet ha nem elégítenek ki, az egyén halálához vezet.

*Enterális szondatáplálás:* A gyomor-bélrendszer működőképessége bizonyított, így a tápanyagokat tartalmazó oldatokat rendszerint különböző vastagságú és hosszúságú szondák segítségével juttatják az emésztőrendszer megfelelő szakaszába.

*Speciális tápszer:* Olyan betegek kizárólagos vagy részleges táplálásra szolgál, akiknél a természetes eredetű tápanyagok felvétele, emésztése, felszívódása, feldolgozása vagy kiválasztása korlátozott, csökken vagy zavart szenved, valamint más orvosilag meghatározott tápanyagszükséglet áll fenn és az nem biztosítható hagyományos étrend megváltoztatásával.

*Szondatápszer:* Olyan oldat, amely kb. 2000 ml-ben tartalmazza a táplálkozástudományi társaságok által napra ajánlott fehérje, zsír, szénhidrát, ásványi anyag, vitamin és nyomelem mennyiséget és szondán keresztül beadható.

*PEG:* Percutan, endoscopos gastrostomán keresztüli táplálás.



*Malnutrició (alul- vagy túltápláltság):*

Olyan tápláltsági állapot, melyben az energia, fehérje, vagy egyéb tápanyagok hiánya vagy többlete (vagy azok egyensúlyának hiánya) mérhető, káros hatással jár a szövet/test formájára, megjelenésére, funkciójára és a klinikai eredményekre nézve.

*Energiaszükséglet:* Az a táplálékkal felveendő energiamennyiség, amely az egyén állandó testtömege és változatlan testtömeg összetétele mellett, hosszú távon, jó egészségi állapotban fedezi az energiafelhasználást úgy, hogy lehetővé teszi a gazdaságilag hasznos, szociálisan szükséges fizikai aktivitást.

A szondatáplálás elrendelése, az előtte elvégzendő vizsgálatok, a szondatáplálás módjának eldöntése orvosi feladat. Az esetleges szondatáplálás szükségességének felvetése, a gondozott tápláltsági állapotának romlását észrevenni, szakápolói feladat.

Szondatáplálás indikációi:

- A táplálék felvételének, emésztésének és felszívódásának zavarai (mechanikus akadályok, malignus elváltozások, gyulladásoos bélbetegségek, az emésztőrendszer fekélyei, sipolyok).
- A tápcsatornán át történő táplálkozás tilalma.
- A nagymértékben csökkent étvágy.
- Az idült hasmenés és/vagy befolyásolhatatlan hányás.
- A táplálkozási képtelenség vagy negatívizmus.
- A felgyorsult anyagcserével (hypermetabolizmus) és/vagy a fehérjék fokozott lebontásával (hyperkatabolizmus) járó állapotok, pl. tartós láz, súlyosabb sérülés, elsősorban politrauma, égésbetegség, szepszis, hyperthyreozis stb.

Előkészítés:

Tápszeradagolás eszközei: különböző átmérőjű, alapanyagú, hosszúságú, kiképzésű, funkciójú tápláló szondák, Gastrotubus, PEG, Button szonda, Jejunokath, táplálópumpa, szerelék táplálópumpához, gravitációs adagolóhoz. Megfelelő hőmérsékletű tápszer, gravitációs szerelék, átmosó folyadék, fecskendő, gumikesztyűk, adagoló pumpa, zárókupak fertőtlenítésre.

Személyi feltétel:

Megfelelő egészségügyi végzettséggel rendelkező szakápoló, aki a folyamatot végzi.

Kivitelezés:

- Higiénés kézfertőtlenítés.
- Eszközök előkészítése.
- Gumikesztyű felvétele.
- Szerelék üvegbe helyezése, cseppszámláló elzárása.
- Palack állványra akasztása, csepegtetőkamra feltöltése harmadáig.
- Szerelék végén lévő zárókupak lecsavarása.
- Cseppszabályozó megnyitása és a szerelék feltöltése, majd a cseppszabályozó elzárása.
- A szonda átmosása 25-30 ml vízzel.
- A szerelék csatlakoztatása a szondához.
- Cseppszám beállítása.
- Szondatáplálás közben minden palack cserénél a szonda átmosása 20-30 ml vízzel.



- Szondatáplálás végén a szonda átmosása 20-30 ml vízzel, majd a szonda lezárása.
- Szerelék szétszerelése és veszélyes hulladékként való kezelése.
- Folyamatos adagolás esetén is a szerelékét 24 óránként cserélni kell.

#### Tápszerek tárolása:

- Felnyitás nélkül szobahőmérsékleten tárolandók.
- Felnyitás után hűtőszekrényben 24 órán át tárolhatók.

#### Tápszer adagolásának módjai:

- Folyamatos adagolás – 24 órán keresztül adagolás gravitációs szereléken keresztül vagy tápláló-pumpával.
- Szakaszos adagolás (intermittáló) - A nap egy-egy adott időszakában folyamatos adagolás gravitációs szereléken keresztül vagy tápláló-pumpával.
- Nagyobb adagokban (bolusokban) – A nap folyamán több alkalommal, fecskendővel beadott tápszer.

#### Folyadék és elektrolit egyensúly kontrollálása:

- A napi folyadék igényt a beteg állapotához kell igazítani.
- A tápszer folyadék mennyiségét, valamint az öblítő folyadék mennyiségét figyelembe kell venni a napi folyadék és elektrolit igény meghatározásánál.
- A beteg szervezetének folyadékkellátottságát naponta kell ellenőrizni (testtömeg, oedema, turgor, nyelv állapota, bevitt és ürített folyadék mennyisége).

#### Táplálás higiéniés elvei:

- Minden tevékenységénél a higiéniés szabályok betartása, a fertőzés elkerülése érdekében tiszta munkaterület.
- Higiéniés kézmosás.
- A szerelék tiszta folyóvízzel való átmosása.
- A szonda steril fiziológiás sóoldattal való átmosása.
- Bontatlan tápszerek tárolása.
- Bontott, de azonnal nem felhasznált tápszerek tárolása.
- A betegbe helyezett eszköz és az azzal érintkező bőrterület folyamatos tisztántartása.
- A beteg testi higiéniájának biztosítása.

#### Gyógyszerek adagolása tápláló szondán - eszközön keresztül:

- A tápszerrel együtt gyógyszert nem szabad beadni, ezt a táplálás előtt vagy után lehet elvégezni, a szondát gyógyszeradagolás után át kell öblíteni.
- A szilárd gyógyszerformák hatása a feloldás, elegyítés után megváltozhat, ezt figyelembe kell venni (pl. retard készítmények).

#### Táplálási szünetek szakaszos táplálás esetén:

- Stabil állapotú gondozott esetén legalább napi 2 alkalommal >1 óra szünetet kell tartani, a gyomor megfelelően savas vegyhatásának kialakulása céljából.
- Intenzív ellátást igénylő gondozott esetén 4-6 alkalommal 0,5-1 órás szünet ajánlott. Ezeket a szüneteket célszerű összhangba hoznia a gondozottnál elvégzendő ápolási feladatokkal (mosdatás, forgatás, mobilizálás).
- Diétás tanácsadás, egyes esetben a szondán keresztül történő táplálás mellett a gondozott fogyaszthat szájon keresztül is táplálékot.



### Feladatvégzés során felmerülő további szempontok

#### A tápszerek kiválasztásának szempontjai:

- A beteg táplálkozási képessége, energiaszükséglete.
- A gyomor-bélrendszer működésének esetleges zavarai, a táplálék felszívódás zavarainak súlyossága.
- A belek motilitási zavarai, a szerveket érintő funkciózavarok fennállása.
- Mióta nem táplálkozott az ellátott kielégítően.
- A választott táplálási mód (gyomorba, vékonybélbe).

#### Dokumentálás:

A szondatáplálás részletes dokumentálását (kezdés, csere, befejezés) a szakápoló végzi az ápolási lapon.

#### Egyedi esetek kezelése:

Amennyiben a szakápoló eltérést tapasztal, azt jelzi a szolgálat szakmai vezetőjének, aki szükséges esetben a szakorvossal/háziorvossal konzultál. Pl.: szonda nem vezet, tápszer visszafolyása a szondán keresztül, beteg hasi panaszai, puffadás, fájdalom jelentkezése esetén.

#### Ellenőrzés:

A szakápoló a vizitek alkalmával ellenőrzi a folyamat menetét. Szükség esetén a szakmai vezető ellenőrzi a szakápolási tevékenységet.

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése
- Ápolási lap
- Otthoni szakápolást lezáró lap
- Otthoni parenterális táplálást felmérő és követő lap

#### 6. Felelős:

Az otthonápolási szolgálat **szakmai vezetője/koordinátora** felelős a szondatápláláshoz szükséges tárgyi feltételek/eszközök (szerelékek) biztosításáért, egyéni igény alapján a szondatáp biztosításáért.

A szakápoló felelős a szondatáplálás megvalósításáért, dokumentálásáért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért. A szakorvosi javaslat alapján a tápszer felírásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	---	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	<b>Tracheális kanül tisztítása Légutak leszívása</b>		ÁP 01-02
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024. 02. 01.	<b>Érvényes</b>	2026. 02. 01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01-02 Tracheális kanül tisztítása - légutak leszívása**

### 1. Cél:

Légúti váladék eltávolítása garatból/légcsőből, amelyet az ellátott spontán saját erőfeszítésével nem lehetne eltávolítani, csak eszköz segítségével. Légzésfunkció javítása.

*Tracheosztoma kialakításának célja:* ha a gégében valamilyen kóros folyamat nagymértékben akadályozza a légzést (tumor, szűkület). A beteg a kanülon keresztül veszi a levegőt, és ürít köpetet.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

### 4. A folyamat leírása:

A légutak leszívását fokozott légúti váladék képződéssel járó, légzőszervi megbetegedések esetében, illetve fekvő, elesett ellátott állapota teszi indokolttá.

### Előkészítés:

*A légutak szájon át történő leszívásának előkészítése:*

A tevékenység elmagyarázása az ellátottnak, annak tudatállapotát figyelembe véve. Megfelelő testhelyzet kialakítása.

### *Eszközök előkészítése:*

Hordozható szívókészülék, fiziológiás sóoldat, steril szívó katéter, védőkendő, steril kesztyű, ledobó tál.

*Személyi feltétel:* megfelelő egészségügyi végzettséggel rendelkező szakápoló.



Kivitelezés:

*Légutak szájon át történő leszívásának menete:*

- Fertőtlenítő kézmosás, gumikesztyű felvétele, ffp2 maszk és védőpajzs használata.
- Tegyük az ellátott álla alá védőkendőt.
- Csatlakoztassuk a szívó katétert a szívógép összekötőcsövéhez és kapcsoljuk be a szívót.
- Vezessük be szájon keresztül a szívó katétert az ellátott garatjába oly módon, hogy szívás nélkül a fogíny mentén haladjon befelé.
- Gyors mozdulatokkal forgassuk körbe a szívó katétert az egyén szájában, és szívjuk ki a váladékot.
- Szívás közben biztassuk az egyént köhögésre.
- Mossuk át a szívó katétert vízzel, amíg tiszta nem lesz.
- Kapcsoljuk ki a szívókészüléket, és dobjuk a ledobóba a szívó katétert.
- A beavatkozást követően fertőtleníteni kell a készüléket, szívócsövet és a belső tartályt neomagnolos vízzel, a külső burkolatot - felületfertőtlenítővel.

*Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:*

Naponta többször, váladékképződés függvényében kell a leszívást végezni. Beavatkozás közben biztatni kell az ellátottat a váladék felköhögésére is, hogy a mélyebben pangó léguti váladékot le lehessen szívni. Fokozottan ügyelni kell a nyálkahártya épségére, hogy a beavatkozás ne okozzon sérülést, vérzést.

*További szempontok:*

Megfelelő szívóerősség beállítása. Higiénés szabályok betartása.

*Dokumentálás:*

A szakápoló az ápolási lapon dokumentálja a vizit során történt léguti váladék leszívásának tényét.

*Ellenőrzés:*

A szakmai vezető/koordinátor a beavatkozás után ellenőrzi a helyes eszközhasználatot és annak tisztán tartását.

Tracheosztoma kialakításának célja:

Ha a gégeben valamilyen kóros folyamat nagymértékben akadályozza a légzést (tumor, szűkület). A beteg a kanülön keresztül veszi a levegőt, és ürít köpetet.

Trachea kanül tisztításának célja: szabad légút biztosítása.

Eszközök előkészítése:

1. Gumikesztyű
2. Kanültisztító kefe
3. Hidrogén- peroxid
4. Csipesz
5. Gézlap
6. Gézcsík
7. Vesetál



#### Kanültisztítás menete:

1. Fertőtlenítő kézmosás, gumikesztyű felvétele.
2. Vegyük ki a belső kanült.
3. Folyóvíz alatt, kanültisztító kefével mossuk ki a belső kanült, ha a váladék beszáradt és nehezen távolítható el hidrogén- peroxiddal pezsegtessük ki.
4. Tisztítás után vékonyan olajozzuk be a csövet, ezzel is nehezítjük a váladék beszáradását.
5. Minden esetben gyorsan, néhány perc alatt végezzük el a tisztítást, nehogy a külső csőbe is beszáradjon az időközben felköhögött váladék, bő váladék esetén szívjuk le a váladékot.
6. Szükség esetén a kanül tisztítást naponta többször ismételjük meg.
7. Dokumentálás

#### Bőrápolás:

1. A bőr védelmére, a felmaródás elkerülésére használjunk bőrvédő krémet a tracheostoma környékére
2. A kanül alá tegyünk steril mull-lapot (emeljük fel óvatosan a kanül nyaklemezét és csúsztassuk be a mull-lapot a nyaklemez alá addig, amíg a kötés közepe el nem éri a kanült)
3. Gézcsíkkal rögzítsük a kanült a tartólemezekhez, melyet vezessük át a nyakon, és nem túl szorosan kössük meg
4. Dokumentálás

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése
- Ápolási lap
- Otthoni szakápolási ellátást lezáró lap

#### 6. Felelős:

A szolgálat szakmai vezetője/koordinátora, szakápolási tevékenységet végző ápoló.

A szakmai vezető/koordinátor felel a légutak leszívásához szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az ápoló felel a légutak leszívásának megtörténtéért, az eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	<b>Állandó katéter cseréje és gondozása</b>	ÁP 01-03
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta		
Készült	2024. 02. 01.	Érvényes 2026. 02. 01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

### **ÁP 01-03 Állandó katéter cseréje és gondozása**

#### 1. Cél:

Vizeletretentio megszüntetése, vizeletürítés folytonos biztosítása, ürített mennyiség monitorozása, életminőség javítása.

#### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

#### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII.26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

#### 4. A folyamat leírása:

*Állandó katéterezés indikációi:*

Vizeletfolyás akadályba ütközik, prostata megnagyobbodás, húgycsőszűkület a húgycső és a környező szervek műtete előtt, a húgycső vérröggel való elzáródásának megakadályozása, hólyag tumorok, húgycsőműtét, vizelet elválasztás pontos meghatározása, inkontinens-eszméletlen gondozott bőrkárosodásának megelőzésére. **Otthoni szakápolás keretében csak női betegek katéterezésére van lehetőség.**

*Előkészítés:*

*Személyi feltételek:* urológus szakorvos, intézményi orvos/háziorvos

*Eszközök:* Steril katéter szett tartalma

- Megfelelő méretű steril katéterek,
- Steril vizeletgyűjtő zacskó,
- Steril katéter csúsztató gél,
- Steril lepedő,
- Steril lyukas kendő,
- Steril gumikesztyűk,
- Steril kémcsovek,
- Steril tálban dezinficiens oldat tamponokkal

*Katéterező tálca:*



- 20 ml fecskendőben előre felszívott 0,9 %-os NaCl,
- Egyszerhasználatos kesztyű,
- Kocher a katéter leszorításához,
- Ágyvédelemhez szükséges eszközök,
- Nem allergizáló ragtapasz vagy pólya a katéter rögzítéséhez,
- Zsáktartó a vizeletgyűjtő zsák rögzítéséhez,
- Ágytál,
- Mosdótál,
- Semleges hatású szappan,
- Fürdőlepedők,
- Mosdókesztyű,
- Ledobótál.

*A beteg előkészítése:*

A gondozott pszichés felkészítésekor hangsúlyoznunk kell a beavatkozás fontosságát, röviden, a beteg számára érthető módon el kell mondani a beavatkozás lényegét, esetleges kellemetlenségeit.

*A beteg elhelyezése:*

- Nő: talpra húzott alsó végtagokkal, hanyatt fekvve, a térdeket eltávolítva.
- Férfi: fekvő helyzetben, nyújtott lábbal, a hímvesszőt 45 °C-ban meg kell emelni.

Férfi beteg katéterezését, csak megfelelő végzettséggel rendelkező ápoló végezhet, orvos által kiadott megbízás alapján.

Kivitelezés:

*Húgycsőbemenet fertőtlenítésének a folyamata:*

- Nő: fentről lefelé törölünk, és minden törléshez külön vattagombócot használunk. Váladékozó hüvely esetén az utolsó törlést a hüvelybemenetben hagyjuk.
- Férfi: bal kézzel visszahúzzuk a fitymát a hímvesszőről, közben letöröljük a húgycsőnyílást fertőtlenítő oldatba mártott vatta gombóccal.

Katéterezés menete:

1. Fertőtlenítjük a kezünket, egyszer használatos kesztyűt vegyünk fel.
2. Meleg, szappanos vízzel a genitáliák területét mossuk le.
3. Szennyezett kesztyűt tegyük a ledobóba.
4. Helyezzük a katéteres tálcát a gondozott lábai közé.
5. Kössük össze a katéter végét a vizeletgyűjtő zacskóval.
6. Ellenőrizzük a katéter ballon épségét, úgy hogy az előre feltöltött fecskendőből egy kevés folyadékot juttatunk a ballonba. Amennyiben nem szivárog, szívjuk vissza a folyadékot, és hagyjuk a fecskendőt a katéter közelében.
7. Vegyünk fel steril kesztyűt.
8. Helyezzük a steril lepedőt a gondozott alá és a steril lyukas kendőt a gondozottra úgy, hogy a perineum szabadon maradjon.
9. Helyezzük a steril dezinficiens oldatot tartalmazó tálat, csipeszt és síkosítót a steril lepedőre.
10. A gondozott pozícionálását és fertőtlenítését követően nő esetében először feltárjuk a szeméremrést, és a húgycsőbemenetet látótérbe hozzuk.
11. Előkészített katétert rövidre fogjuk, a katéter végét a húgycsőnyíláshoz érintjük, ekkor az esetek többségében rövid idejű záróizomgörcs keletkezik.



12. Görcs megszűnése után a katétert 2 ujjal óvatosan, de határozottan előretoljuk.  
 13. Ellenállás észlelése esetén a beavatkozást függesztjük fel, mert átszúrhatjuk a húgycső falát.  
 14. Katétert addig toljuk előre, amíg a csatlakoztatott vizeletgyűjtő zsákban a vizelet meg nem jelenik.  
 - nők esetén: 5-7,5 cm (+5 cm).  
 - férfiak esetén: 18-23 cm (+5 cm).  
 15. Ballonnal rögzítjük a katétert (10 - 20 ml fiziológiás sóoldatot fecskendezünk a katéterbe).  
 16. Ellenőrizzük a katéter pozícióját.  
 17. Egyszerre maximum 500 ml vizelet bocsájtható le. Ha 500 ml vizelet lejön, akkor a csövet el kell zárni. A vizeletet frakcionáltan kell leengedni, hogy a hólyag ne essen össze.  
 18. Rögzítés:  
 - nők esetén: combok belső felszínére lazán  
 - férfiak esetén: combon, vagy a has alsó részén

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés során különösen ügyeljünk a fertőzés megelőzésére megfelelő steril eszközök használatával, szabályok betartásával. Katéter csöve ne törjön meg, mert vizeletfolyási akadály miatt fertőzés léphet fel. Katéterzsák lentebb helyezkedjen el, mint a hólyag, a visszafolyás megelőzése végett. Padlóra ne kerüljön katéterzsák (ágy oldalához legyen rögzítve). Vizeletszivárgás észlelésénél katéter-csere válhat szükségessé. A vizelet mennyiségének, színének változását folyamatosan figyelemmel kell kísérni. Láz, hidegrázás, alhasi fájdalom esetén további intézkedés szükséges (szakápoló, szakmai vezető/koordinátor ill. orvos/háziorvos bevonásával). A feladatvégzés gyakorisága: katéter cserék 14-21 naponta szükségesek.

Dokumentálás:

A szakápoló az ápolási lapon dokumentálja a katéter-csere elvégzését.

Ellenőrzés:

A szakmai vezető/koordinátor ellenőrzi, hogy a katéterrel rendelkező igénybevevők ellátásának biztosítása folyamatos legyen.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése
- Ápolási lap
- Otthoni szakápolási ellátást lezáró lap

6. Felelős:

Szakmai vezető/koordinátor, szakápolási tevékenységet végző ápoló.

A szakmai vezető/koordinátor felelős a katéterezéshez szükséges tárgyi feltételek biztosításáért, a protokoll betartásáért.

A szakápoló felelős a katéter-cserék alkalmával történő segítségnyújtásért, az ellátott állapotának folyamatos nyomon követéséért, a katéterzsák ürítéséért, dokumentálásért és a fokozott személyi higiéne betartásáért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	<b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b>
------------------------------	---	--------------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Intravénás folyadék- és elektrolit pótláshoz, parenterális gyógyszer beadásához kapcsolódó szakápolási feladatok		ÁP 01-04
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01-04 Intravénás folyadék-és elektrolit pótláshoz, parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó szakápolási feladatok**

### 1.Célja:

Egyéb elektrolit – és folyadék- egyensúly zavarok helyreállítása.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Medicina, Budapest, 1996)

### 4. A folyamat leírása:

1. A beteg azonosítása.
2. Vitális paraméterek ellenőrzése.
3. Gyógyszerérzékenység lehetősége.
4. A beteg előkészítése: a beteget világosítsa fel az infúzió adásának okáról, idejéről, hívja fel figyelmét a hatásokra és az esetleges mellékhatásokra. Kérje meg, hogy az ürítési szükségleteit végezze el. Az ápoló segítsen a betegnek olyan testhelyzet felvételében, amelyben a beavatkozás alatt a legjobban minimalizálni tudja mozgásigényét. A beavatkozás alatt a beteg pszichés vezetésére törekedjünk. .
5. A beavatkozáshoz szükséges eszközök előkészítése.
6. Kézmosás.
7. A sterilitás szabályai szerint a steril csomagok kinyitása.
8. A gyógyszerbeadás 5 alapszabályának betartásával az oldat ellenőrzése.
  - A) Orvos által elrendelt infúzió



- B) Megfelelő adag
  - C) Megfelelő idő
  - D) Megfelelő mód
  - E) Megfelelő beteg
9. Gyógyszerbeadásnál nagyon fontos a 3-as szabály betartási is:
    - ellenőrzés a gyógyszer elővételénél,
    - ellenőrzés a gyógyszer adagolásánál,
    - ellenőrzés a gyógyszer helyre tételénél.
  10. Nyissa ki az infúziós szerelékét és tartsa mindkét végén sterilen. Helyezze a guruló szorítócsapot 2-4 cm-rel a cseppkamra alá. Zárja el a szorítócsapot.
  11. Vegye le az infúziós oldat tartályáról a védőborítót anélkül, hogy a végét megérintené (palackos infúzió esetén a fémlapot). Végezzen dezinficiálást. Távolítsa el a védőkupakot a szerelék tűjéről, és a tűt vezesse be a tasak nyílásába (palackos infúzió esetén a gumidugóba).
  12. Töltse fel az infúziós szerelékét: nyomja össze a cseppkamrát addig, amíg az kb. 1/3-1/2 részig megtelik. Távolítsa el a védőkupakot a szerelékről, nyissa meg a guruló szorítócsapot, így engedje a folyadékot a cseppkamrából a szereléken keresztül a tű adapterbe folyni.
  13. A szerelék feltöltése után a guruló szorítócsapot zárja el. Győződjön meg arról, hogy a szerelékben nincs levegő vagy légbuborék. Helyezze vissza a védőkupakot.
  14. Válassza ki a megfelelő branült .
  15. Válassza ki a megfelelő véna proximális részét. Helyezze a végtagot megfelelő helyzetbe.
  16. Helyezze a leszorítót 10-12 cm-rel a szúrás tervezett helye fölé.
  17. Húzzon fel egyszer használatos kesztyűt.
  18. Tisztítsa meg a szúrás helyét desinficiens oldattal. Várja ki a behatási idő leteltét.
  19. Végezze el a véna punkciót.
  20. Csatlakoztassa a szerelék tű adapterét a branülhöz.
  21. Nyissa ki a guruló szorítócsapot, és kezdje meg az infúzió beadását a véna fenntartásához szükséges mértékben. Figyelje meg, hogy nem duzzad-e meg hirtelen a beszúrás környéke.
  22. Rögzítse a branült, kanült .
  23. Állítsa be a megfelelő áramlási sebességet (cseppszám).
  24. Tizenöt percenként figyelje meg a beteget és ellenőrizze az áramlási sebességet, cardiális tüneteket. Ellenőrizze a branül átjárhatóságát, vitális paramétereket.
  25. Dokumentálja a beavatkozást. Az infúziós th. kezdetét, végét, a beadott oldat nevét, mennyiségét, az oldatba helyezett gyógyszer nevét, mennyiségét jelöljük az ápolási lapon.



Dokumentálás:

A szakápoló az ápolási lapon dokumentálja az infúziós th. kezdetét, végét, a beadott oldat nevét, mennyiségét, az oldatba helyezett gyógyszer nevét, mennyiségét.

Ellenőrzés:

A szakmai vezető/koordinátor ellenőrzi az infúzió beadásához szükséges eszközök rendelkezésre álljanak.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése
- Ápolási lap
- Otthoni szakápolási ellátást lezáró lap

6. Felelős:

Szakmai vezető/koordinátor, szakápolási tevékenységet végző ápoló.

A szakmai vezető/koordinátor felelős az infúzió beadásához szükséges tárgyi feltételek biztosításáért, a protokoll betartásáért.

A szakápoló felelős az ellátott állapotának folyamatos nyomon követéséért, az infúzió lefolyásáért dokumentálásért és a fokozott személyi higiéne betartásáért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Baleseti és egyéb műtéti területek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéne biztosítása, valamint a mozgás segítése	ÁP 01-05
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta	<b>Fazekas Hajnalka</b>	
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b> 2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

## **ÁP 01-05 Baleseti és egyéb műtéti területek utáni szakápolási feladatok és az önellátás korlátozottsága esetén a testi higiéne biztosítása, valamint a mozgás segítése**

### 1. Célja:

Ágyban fekvő beteg részére megfelelő testi higiéne biztosítása, mozgásának segítése.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Medicina, Budapest, 1996)

### 4. A folyamat leírása:

#### *Területei:*

- napi kézmosások,
- napi mosakodás, tisztasági fürdés,
- a bőr és járulékos részeinek – haj, köröm – tisztítása,
- férfiaknál borotválkozás,
- száj-higiéne: szájápolás, fogápolás, műfogsor gondozása.

#### *Napi kézmosások:*

Bőrünk alapvetően savas kémhatású, ám a kéz folyamatos használata közben a kémhatás lúgos irányba tolódik el, ami kitűnő táptalajul szolgál a mikrobák szaporodásához. Egy egyszerű, szappanos kézmosás azonban könnyen segít visszaállítani a savas kémhatást, és a szerves anyagokkal együtt a mikrobákat is eltávolíthatjuk a kézfejről.

*Napi mosakodás, tisztasági fürdés:*

Az otthon ápolat beteg esetében is sok előnye van a naponkénti fürdőnek. Eltávolítja az izzadságot és a baktériumokat a bőr felszínéről, javítja a bőr keringését, fenntartja az ízületek mozgásképességét.

*Az alábbi tisztálkodási eszközöket pedig készítsük az ágy mellé:*

- kézfertőtlenítő szer,
- mosdótál 2/3 részig feltöltött testhőmérsékletű vízzel,
- kancsó, a mosdóvíznél melegebb vízzel töltve,
- gumilepedő, ágytál,
- 2 db törölköző (lehetőleg különböző színű),
- 2 db mosdókesztyű (lehetőleg különböző színű),
- tusfürdő vagy szappan,
- körömkefe, körömolló,
- hintőpor, mentolos gél, bőrvédő kenőcs,
- fogmosó felszerelés, vesetál,
- hajkefe, fésű,
- férfitagnél, ha szükséges, borotválkozásnál használt eszközök.

A mosdatást azzal kezdjük, hogy a beteget felültetjük, hálóruháját levesszük. Sérült vagy törött végtag esetén mindig az ép végtagról húzzuk le először a ruhát, felöltözéskor pedig fordított legyen a sorrend.

*A mosdatás sorrendje:*

## 1. Arctisztítás:

A beteg fejét kissé megemeljük, a felsőtest törlésére használt törölközőt a párnájára terítjük, majd a beteget visszafektetjük és megmoszuk az arcát. Az arc bőréről a vizet óvatosan itassuk fel a törölközővel, ne dörzsöljük.

## 2. A fülek és a nyak megtisztítása:

A fülek és a nyak megmosását követően szárazra kell törölni. Ezt követően a törölközőt kivesszük a beteg feje alól.

## 3. Kar és a kéz megtisztítása:

A mosdótálat tegyük a beteg ágyára és engedjük kezét beletenni. Így a szennyeződés jobban leázik, és könnyebben ki tudjuk tisztítani. Ezután a beteg karját a feje fölé emeljük, így a hónaljat is ki tudjuk mosni a tusfürdős mosdókesztyűvel. A kar szárazra törlése után a hónaljat is kitöröljük, majd hintőporozzuk.

## 4. Mellkas és has lemosása:

Nőbetegnél alaposan tisztítsuk meg az emlők alatti bőrterületet. E helyen a kövér, izzadásra hajlamos betegnél az összefekvő bőrterületek miatt gyakran látunk bőrpírt. Szárazra törlés után alaposan hintőporozzuk be ezt a területet, esetleg keskeny, száraz gézcsíkot is helyezünk rá. A has illetve a köldök megtisztítására ugyancsak különös gonddal ügyeljünk.

## 5. A hát lemosása:

A beteget magunk felé fordítjuk az ágyban és a tusfürdős mosdókesztyűvel lemossuk a hátát egészen a keresztcsontig. Szárazra törlés után mentolos alkohollal vagy hűsítő géllal bedörzsöljük a hát bőrét. A mozgásukban korlátozottak teljes testfelületén alkalmazható hűsítő, frissítő, vérkeringést serkentő, felfekvés megelőzésére kifejlesztett gyógynövényes gélek használata is javasolt. A kellemes bőrérzetet biztosító, a bőr



megújulását elősegítő, hatóanyagokban gazdag, a felfekvést megelőző, a beteg bőrt regeneráló gél használatával kiválóan csökkenthető a kellemetlen, esetleg fájdalmas égő és viszkető érzés.

6. A keresztcsonttájék lemosása:

A hátmosással azonos testhelyzetben végezzük el, mosdókesztyű és törölközőcsere után, mivel ez a terület szennyezett lehet széklettel, vizelettel. Ezt követően a betegre feladjuk a hálóinget vagy pizsamakabátot, és friss mosdóvizet töltünk a mosdótálba.

7. A comb-láb lemosása:

A mosdótálat ismét az ágyra tesszük. Ha a beteg a lábát a mosdótálba márthatja, az lesz az érzés, hogy valóban fürdik. Közben a combot és a lábszárat lemossuk. A lábfejet kiáztatás után szárazra töröljük, különös gondot fordítva a lábujjak közötti bőrterületre. E területet törölés után hintőporozzuk be, esetleg az ujjak közé helyezünk gézcsíkot, mely a bőr fellazulását, esetleges gombásodást segít megakadályozni. Ezután a lábujjak körmeit kitisztítjuk, esetleg levágjuk.

8. A nemi szerv és a végbél környékének lemosása:

A beteg alá gumilepedőt és ágytálat teszünk, hogy bő vízben tudjuk lemosni. Az ágytálat úgy helyezük be, hogy egyik kezünkkel keresztcsontja alatt megemeljük a beteget, másik kezünkkel pedig alácsúsztatjuk az ágytál ellaposodó végét. A lágyékhajlatot, a nő- és férfibeteg nemi szervét alaposan határozott, de igen óvatos mozdulatokkal mossuk. A tusfürdővel alaposan megmosott területet kancsóból bő vízzel leöblítjük. A le nem öblített tusfürdő könnyen bőrgyulladást okozhat. A beteg alól kivesszük az ágytálat, majd a beteget szárazra töröljük. A lágyékhajlat hintőporozásakor ügyeljünk arra, hogy a hintőpor nőbetegeknél ne kerüljön a szeméremrésbe. Kövér beteg lágyékhajlatába hintőporozás után ne felejtünk el gézcsíkot helyezni. Ha pelenkát helyezünk fel a betegnek, a végbél környékét bőrvédő kenőccsel kell bekenni.

*Hajmosás kivitelezése:*

Végezzen kézfertőtlenítést, húzzon kesztyűt.

Helyezze az eszközöket elérhető közelségbe, húzza le az oldalsó ágyrácsot.

A gumilepedőt, vagy hajmosó gyűrűt tegye a fej és a nyak alá.

A gondozott hanyatt fekdjön, a feje és a válla érje el az ágy felső szélét.

Hajmosó gyűrűt használja rendeltetés szerint, ha ez nem elérhető, akkor a nyakszirtnél hengeres párnával emeljük meg a csatornaként szolgáló gumilepedőt, melyet az ágy végénél a székre helyezett vödörbe lógatjuk.

Vegyen meleg vizet.

A víz hőmérsékletét úgy ellenőrizze, hogy tegyen vizet az alkarja belső felszínére.

A gondozott szemét kis törölővel takarja le (védelem céljából).

A vizes edényből lassan öntse a vizet a gondozott hajára, kevés samponnal dörzsölje át.

Mindkét kezével képezzen habot a fejen.

Óvatosan emelje meg a fejet egyik kezével, hogy hátul megmoshassa a tarkót.

A hajas fejbőrt ujjbeggyel masszírozza meg.

Öblítse le a haját vízzel.

Győződjön meg arról, hogy a víz a vödörbe csurog.

Az öblítést addig ismétlje, ameddig eltűnik a hab a hajról.

Alkalmazzon tetszés szerint kondicionáló krémet vagy balzsamot, majd alaposan öblítse le a haját.

Kösse be a fejet törölközővel, törölje meg az arcot azzal a ruhával, amelyet a szem védelmére helyezett fel.



Szárítsa meg a nedvességet a nyakon és a vállon.  
Szárítsa meg a beteg haját és a fejbőrét.  
Használjon másik törölközőt, ha az első már benedvesedett.  
Fésülje ki a haját és szárítsa meg szárítóval vagy törölközővel.  
Helyezze vissza a beteget az eredeti testhelyzetbe.  
Rakja helyre az eszközöket, a szennyezett ágynemű kerüljön a szennyezett textília felfogására szolgáló zsákba.  
Végezzen higiénés kézfertőtlenítést.  
Dokumentálja a tevékenységet.

*Férfi beteg borotválása kivitelezése.*

Tegye az ágy mellé az eszközöket.  
Helyezze a törölközőt a gondozott álla alá.  
Lágyítsa meg vízzel az arcszőrzetet.  
Tartsa a bőrt az ujjával feszesen, és a szőrszál irányába kezdjen el biztos mozdulatokkal borotválni az áll felé haladva.  
Az állon a borotválást keresztbe végezze, a nyakon pedig haladjon felfelé.  
Ha készen van a borotválással, öblítse le a gondozott arcát és törölje szárazra.  
Ezután használja a bőrápoló arcszeszt.  
A beteget helyezze nyugalomba és az eszközöket rakja rendbe.  
Dokumentálja a tevékenységet.

*Szájápolás kivitelezése:*

Végezzen kézfertőtlenítést.  
A műveletet mindig gumikesztyűt húzva végezze.  
Kapcsolja be a szívót, helyezze készenlétbe.  
Állítsa kellő magasságra az ágyat, húzza le az oldalsó ágyrácsot.  
Fektesse a gondozottat a megfelelő testhelyzetbe.  
Ítélni meg, van-e nyelési reflexe a betegnek.  
A párnázott nyelv lapoccal gyors, de kíméletes mozdulattal behatolva terpesse a fogsort.  
Lehetőség szerint akkor kezdjen a művelethez, ha a gondozott már relaxálódott.  
Törölje ki a szájat kétszeresére hígított 3 %-os hidrogén-peroxiddal átitatott, nyelv lapocra tekert gézzel.  
Szívja le a felgyülemlett váladékot.  
Tisztítsa meg a rágófelületet, és a fogak belső felszínét, majd a külső felszínét, és a szájüreg más részeit.  
Tisztítsa a nyelv más részeit úgy, hogy a nyelv tisztításakor nehogy öklendezést váltson ki (ha a nyelési reflex megvan).  
Tiszta nyelv lapocot, mely gézzel van bevonva, annyira áztassa be vízzel, hogy öblíteni tudja a szájüreget, melyet többször ismétljen meg.  
A megmaradt váladékot szívja le.  
Szükség szerint a száj nyálkahártyáját és a nyelvet kenje be (Borax-glycerin, Corsodyl).  
Indifferens kenőccsel kenje be az ajkakát.  
Az elhasznált kellékeket dobja a megfelelő ledobóba.  
Fordítsa vissza a gondozottat az eredeti testhelyzetbe, helyezze vissza az oldalrácsokat, ill. állítsa vissza a megfelelő ágymagasságot.  
Végezzen higiénés kézfertőtlenítést.  
Dokumentálja a tevékenységet a vonatkozó dokumentációban.



*Pelenka-dermatitisz:*

A pelenkában felgyülemelő vizelet hatására a bőr felázik, így sérülékennyé válik. Ilyenkor elég egy kis dörzsölés, és a felső bőr réteg máris sérül, az így keletkezett sérülés pedig kaput nyit a baktériumok, irritáló anyagok számára. Így jön létre az egyik leggyakoribb a bőrelváltozás, a pelenka-dermatitisz, vagyis bőrgyulladás.

Legenyhébb formájában csak mérsékelt kiütéseket, hámlást észlelhetünk a nemi szervek, a far, a lágyék és az alhas tájékán. Ha a bőrelváltozást e stádiumában nem kezeljük az érintett felületet, az enyhe kiütések helyébe igen fájdalmas hámkimaródások lépnek, amelyekben különböző gombák, baktériumok felülfertőzést okozhatnak. Kezelés hiányában később súlyos kiütések, szivárgó felületek, hólyagok, fekélyek keletkeznek.

A pelenka-dermatitisz okát elsősorban a pelenkázás módjában, a tisztába tétel gyakoriságában kell keresnünk. A pelenka belsejében található cellulózmag a vizelet és a széklet nedvességtartalmát is magába szívja, sőt magában is tartja anélkül, hogy a beteg bőre érintkezne a nedves maggal, a puha fedőréteg pedig csökkenti a dörzsölődés okozta sebek kialakulását.

Minden tisztába tételkor mossuk le a beteg pelenkával fedett bőrét langyos vízzel, majd töröljük szárazra. Nélkülözhetetlen az olyan kenőcsök használata is, amelyek hámosító, gyulladáscsökkentő, bőrregeneráló hatásuknál fogva veszik elejét a bajnak, vagy gyógyítják meg a már keletkezett bőrkárosodást.

Inkontinens betegnél meg kell változtatni a mosdatás sorrendjét: először a szennyezett testrészeket mossuk le, tegyük rendbe, és csak ezt követően kezdünk hozzá az egyéb területek lemosásához. Helytelen volna ugyanis a beteget a váladékos lepedőn hagyni, illetve azon forgatni.

A testi higiéne biztosítása során a segítségnyújtás mértékét a beteg mozgáskorlátozottsága szabja meg. Az otthon ápolat beteg lehet önálló, különböző mértékben segítségre szoruló vagy teljes ellátást igénylő.

Az otthoni betegápolás során is figyelembe kell venni, hogy amit a beteg önállóan is képes elvégezni, azt hagyjuk, hogy megtegye. Ezzel is csökkentjük kiszolgáltatottság érzetét, növeljük önállóságát és fizikai aktivitását. Az igazi fürdés komfortérzetét csak megfelelő vízmennyiséggel végzett tisztálkodás adja meg, ezért ameddig lehetséges, és mód van rá, az otthon ápolat beteget is fürdőszobában fürdessük. Legcélszerűbb zuhanykabinban, de gyógyászati segédeszköz boltokban beszerezhető kádra szerelhető ülőszék is, amely könnyebbé teszi a kádban történő fürdést.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése
- Ápolási lap



- Otthoni szakápolási ellátást lezáró lap

6. Felelős:

Szakmai vezető/koordinátor, szakápolási tevékenységet végző ápoló.

A szakmai vezető/koordinátor felelős a szükséges tárgyi feltételek biztosításáért, a protokoll betartásáért.

A szakápoló felelős az ellátott állapotának folyamatos nyomon követéséért, az ápolási folyamat dokumentálásért és a fokozott személyi higiéné betartásáért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után		ÁP 01-06
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

**ÁP 01-06 Műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után**

1.Célja:

Szövetek tehermentesítése (savó, nyirok, vérömleny, epe).

Fájdalom, gyulladás megelőzése.

Sebgyógyulás elősegítése.

2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Medicina, Budapest, 1996)

4. A folyamat leírása:

**Baleseti és egyéb műtéti területek utáni szakápolási feladatok:**

A seb külső hatásra létrejövő, körülírt sérülés, ami minden szervet vagy szövetet érinthet, és lehet könnyű, súlyos vagy halálos. A sebzés következménye savós és alakos vérelemek távozása, valamint a bőr részleges vagy teljes védő szerepének elvesztése. Ezáltal a szervezetbe kórokozók és idegen anyagok kerülhetnek. További veszélyt jelenthet a testüregek megnyílása és a belső szervek sérülése.



A kötszer választást meghatározza a seb állapota, seb típusa, beteg kooperációja, megfelelő alkalmazhatóság stb. Időszakonkénti kontroll elengedhetetlen a sebkezelésben alkalmazott kötszerek tekintetében. A beteg állapota, sebe változik ezzel egy időben az alkalmazott kötszereknek is változnia kell.

A kötszer választás legfőbb célja, hogy eredményes, a beteg állapotához viszonyított lehető leggyorsabb sebgyógyulást és optimális védelmet tudjunk nyújtani.

*Kötszerválasztási szempontok:*

- a seb váladékozási mértékének megfelelő, leghatékonyabb felszívó képességű kötszer,
- sebfertőzés kivédése vagy csökkentése
- fertőzött seb esetén a kellemetlen szagok váladékok megszüntetése
- beteg komfortérzetének emelése
- fájdalom csökkentése
- alapbetegségek figyelembe vétele
- egyszerűen - könnyen alkalmazható eszközök
- megfelelő kombinációk alkalmazása a sebgyógyulási folyamatban

*A kötszer választás szempontjai a seb meghatározása után:*

**GYULLADÁSOS FÁZIS:**

- degeneratív folyamatok (pl. necrosis, váladékozás) szövetelhalás - fekete seb erős váladékozás,
- fertőzött, lepedékes seb - sárga seb

**GRANULÁCIÓS FÁZIS:** proliferatív folyamatok (pl. éújráképződés) - piros seb

**EPITHELIZÁCIÓS FÁZIS:** regeneratív folyamatok (hámréteg kialakulása) - rózsaszín seb

*Sebfelmérési szempontok:*

Minden kialakult seb egyedi státusz, egyéni felmérést igényel!

- Általános állapot
- Tápláltság felmérése
- Betegségek megállapítása (diabetes, keringési zavar, tumor stb.)
- Seb típusának –stádiumának felmérése
- Sebkezelő anyagok kiválasztása
- Sebkezelésben segítő szakdolgozók
- Eredmények pontos rögzítése

Seb elhelyezkedése: testtájék megnevezése

Fotó:

Seb stádiuma:

Sebes elváltozások száma:

Seb nagysága: hosszúság (cm)  
szélesség (cm)

Seb mélysége: bőrvastagság elvesztésének mértéke (cm)

Seb jellemzői:

N = Necroticus

L = Lepedékes



S = Sarjadzó  
H = Hámosodó

Sebváladékozás mértéke:

- 1 - nincs váladék
- 2 - minimális
- 3 - enyhe
- 4 - közepes
- 5 - bő váladékozás

Sebváladékozás típusa: N = nem váladékozik S = Serosus P = Pulurens H = Haemo - serosus  
Sz = Szagtalan B = Bűzös

Sebszél jellemzői: I. aláterjedt kis mértékben

II. aláterjedt nagymértékben

III. üreg képződés

IV. Oedema

V. Ekcéma száraz / nedves

VI. Erythema

VII. Macerált

VIII. Száraz IX. Ép – egészséges

Sebfájdalom: I = igen N = nem

Felmérést végző személy aláírása (név - beosztás)

#### *Necrotikus seb ellátása*

Kezelés: - Mechanikus (a necroticus réteg eltávolítása)

- Sebészi, Enzimes sebtisztítás, -
- Sebkörnyék védelem,
- Naponta kötéscsere.

Sebkezelő anyagok: alginátok, hydrogélek, ezüst tartalmú habkötszerek, habkötszerek; aktív szeszes kötszerek, kötésrögztítők.

„ Sebalap tisztítására alkalmas kötszert + másodlagos kötszer + kötésrögztítő „

#### *Fertőzött seb – exudációs fázis*

Kezelés: mechanikus(sebészi)

- Hydrosebészeti módszerek( Versajet )
- UH sebtisztítás
- Sebkörnyék védelem
- Naponta kötéscsere

Sebkezelő anyagok: alginátok, aktív szén tartalmú sebfedők, ezüst tartalmú habkötszerek, habkötszerek, hydrogélek, polimer kötszerek, impregnált lapok, nedvszívó sebpárnák, kötésrögztítők

„ Sebalap tisztítására alkalmas kötszert + másodlagos kötszer + kötésrögztítő „

#### *Granulálódó seb – granulációs fázis*

Kezelés: 2-3 naponta kötés csere

- Sebkörnyék védelem



Sebkezelő anyagok: hydrogélek, hidrokolloidok, impregnált lapok, habkötszerek, sebfedő párnák

„Sebalap tisztítására alkalmas kötszert + másodlagos kötszer + kötésrögztítő,,

*Hámosodó seb - epitelizációs fázis*

Kezelés : Bőrplasztika ( Mesh-graft , Reverden )

- Sebkönyék védelem –
- 3-4 napos kötés csere

Sebkezelő anyagok: hydrogélek, impregnált lapok, hydrocolloidok - vékony változata, sebfedőlapok, kötésrögztítők

### Sztóma ápolása

Különböző emésztőszervi betegségek (chron, colitis ulcerosa, bélelzáródás, daganatok) következtében válik szükségessé sztóma kialakítása. A sztóma egy olyan mesterségesen, sebészek által létrehozott bélnyílás a hasfalon, melyen keresztül a széklet a szervezetből távozni tud, és egy cserélhető zsákba jut. Alkalmazására olyan megbetegedések esetén kerülhet sor, melyek nem teszik lehetővé többé, hogy a bélsár a végbélen keresztül távozzon.

*Sztóma meghatározás:*

A sztóma szájadékot jelent, amely nem más, mint a bélrendszer egy részének (vékonybél = ileosztóma, vastagbél = kolosztóma), vagy a húgyelvezető rendszernek (uroosztóma) hasfalon át történő kivezetése a rajtuk keresztül ürülő tartalom (bél-tartalom = salakanyagok, illetve vizelet) elvezetése érdekében. A sztóma egy kis kerek nyílás, amelynek átmérője változó, leggyakrabban 2-3 cm. A bőrből kissé kiemelkedő, élénk vörös színű képlet, amelyben érző idegek nincsenek, így érintése, kezelése nem fájdalmas. Mindig csillogó, mert a nyálkahártya mindig nedves.

*A sztómák felosztása különféle szempontok alapján történhet:*

Időtartamát tekintve a szájadék lehet: végleges vagy átmeneti.

Fajtái: ileostoma, kolosztóma, uroosztóma, coccostoma (tulajdonképpen ez egy fistula, ami túlfolyóként funkcionál, vagyis nyomáscsökkentő sipoly), különleges formája a katétercoecostoma, melynek előnye, hogy eltávolítás után a nyílás spontán záródik.

*Két formája ismert:*

egynyílású: orális bélszakaszt varrják ki,

kétnyílású: bélkacsot emelnek ki és nyitják meg.

A sztóma terápiás gondozás elsődleges célja: magába foglalja a sztómával való együttélés, a megváltozott testképpel való együttélés, a szexuális zavarok okozta problémákkal való megbirkózás segítését, a sztómával élők megküzdési mechanizmusainak szakszerű támogatását, pszichoszociális, emocionális támogatást, olyan partnerségre épülő modellek alkalmazását, amelyben a beteg és családja terápiás partner, partnerséget épít az azonos problémával küzdők között.

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b></p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

*A sztómaterápia ápolási részei:* a sztóma-ellátás, bőrápolás, sebkezelés, kontinencia-inkontinencia ellátás eszközeinek biztosítása.

*Előkészítés:*

A sztómaellátás eszközei: száraz, nedves mullap, melegvíz, szappan, papírvatta, lekerekített végű olló, spatula, mosdótál, sztómazsák, gumikesztyű, gumi és harántlepedő, sztóma paszta/por, műanyag ledobó zsák, eszközfertőtlenítő

Személyi feltétel: Megfelelő egészségügyi végzettséggel rendelkező szakápoló, aki a folyamatot végzi.

*Kivitelezés:*

Sztóma ápolása, kezelése:

- Ismertessük a beteggel a beavatkozást.
- Szóban tájékoztatni szükséges a beteget a beavatkozás módjáról és okáról.
- Végezzünk higiénés kézfertőtlenítést.
- Eszközök előkészítése, intim környezet megteremtése.
- Kesztyűt húzunk, ágyvédelem (gumi- harántlepedő felhelyezése).
- A sztómazsákot felülről lefelé húzva, óvatosan, a bőr sérülését elkerülve távolítjuk el.
- A használt sztóma zsákot a veszélyes hulladék tárolására alkalmas nylonzsákba dobjuk.
- A sztómát és környékét, megtisztítjuk, majd szárazra töröljük.
- Figyeljük a sztómát és a környező bőrterület állapotát.
- Kesztyűváltás után helyezük fel az új sztómazsákot úgy, hogy az átmérőt lemérve kivágjuk a megfelelő méretet ollóval.
- Ráncmentesen ragasszuk a bőrfelületre.
- A beteget kényelembe helyezük, a környezetét rendbe tegyük (kesztyűt, váladékkal szennyezett eszközöket dobjuk a veszélyes hulladék zsákba, szennyeződött ruha cseréje)
- Az eszközök fertőtlenítését végezzük el.
- Higiénés kézfertőtlenítést végzünk.
- Sztóma (nyílás) gondozása:
- Minden esetben töröljük szárazra, a gombás fertőzések elkerülés érdekében.
- Ne használjunk bőrápoló krémeket, mert a sztómazsák így nem tud a bőrhöz tapadni.
- Hintőporok, egyéb krémek, sztóma ápoláshoz használatos krémek, szerek használata ajánlott.
- Kerüljük az alkoholos lemosókat, mert roncsolják a szöveteket, és vérzést okozhatnak.
- Folyamatosan figyeljük a sztóma körüli bőr állapotát, küllemét, a gyulladások elkerülésének kialakulása érdekében.



Feladatvégzés során felmerülő további szempontok: nagy szükség van az ápoló személyzet türelmes és megértő támogatására, fizikai és lelki segítségére, őszinte kapcsolat kialakítására. Fel kell hívni az ellátott figyelmét a fokozott személyi higiéne betartására.

*Egyedi esetek kezelése:* szövődmények, a gondozás hibalehetőségei: parasztómális bőr alkoholos, benzines vagy éteres tisztogatása a bőr zsírsavköpenyének szétrombolásához és súlyos dermatishez vezethet. Cink-oxid felületű zacskó túl erősen tapad, eltömíti a bőr pórusait, ami súlyos következményekkel járhat.

## Draingondozás

*Draingondozás célja:*

- Szövetek tehermentesítése (savó, nyirok, vérömleny, epe)
- Fájdalom, gyulladás megelőzése
- Sebgyógyulás elősegítése

*Fajtai:*

1. Passzív (aktív szívás nélküli) pl. gumi, műanyag, csík, csövecskék, gumikesztyű!

-Hengeres PENROSE drain

-Csöves draineik pl.lyukakkal ellátott szilikon, latex, műanyag

2. Aktív drainezés (negatív nyomással)

- Félig zárt rendszer: az oldalnyílásokkal ellátott csövet külön nyíláson vezetjük ki, és steril zsákkal látjuk el (Robinson-drainage).
- Alacsony nyomású szívás: összenyomható harmonikapalack (Polyvac).
- Zárt rendszer erős vákuumszívással: Redon-drén (kb. 50 cm-es PVC, röntgenárnyékot adó csikkal, perforációval ellátott cső)

*Alapvető szempontok-speciális megfontolás:*

- ♣ Kongruens ápolói magatartás
- ♣ Aszepszis, antiszepszis betartása
- ♣ Beteg jogainak érvényesítése
- ♣ Kliens elhelyezése, pozícionálása
- ♣ Folyamatos egészségi állapot felmérés
- ♣ A beteg kényelmének elősegítése, védelmi intézkedések megtétele
- ♣ Technikai kritériumok folyamatos ellenőrzése:
  - elfolyás biztosítása,
  - drain pozícionálásának az ellenőrzése,
- ♣ Szövődmények felismerése, elhárítása
- ♣ Bél, vagy érfal arrodálása, mely perforációhoz vezet
- ♣ Ascendáló fertőzés a drain mentén
- ♣ Vérzés a draincsatornából
- ♣ Posztoperatív sérv a drain helyén
- ♣ Drén diszlokációja
- ♣ Preventív intézkedések, pl. decubitus, sebgyógyulás, megtétele
- ♣ Váladék megfigyelés, pl. mennyiség (ml), minőség, stb..
- ♣ Sebváladék mintavétele



*Közreműködés drain-eltávolításnál:*

- csökkenő folyadékmennyiség és megváltozott sejtösszetétel
- posztoperatív vérzés esetén 1-2nap -bakteriális fertőzés esetén 2-5nap
- nagy üreg, holttér megszüntetése 3-14nap
- Kehr-drain: epeút edzést követően 7.nap cholangiographia

*Dokumentáció:* ápolási lapon a kliens állapota, váladék, technikai paraméterek, ápolási beavatkozások.

*Drain-gondozás folyamata:*

- hygiénés kézfertőtlenítés
- egyszer használatos gumikesztyű felvétele, kötés eltávolítása
- sebváladék mennyiségének, minőségének kontrollálása, Redon palack esetén szívásérő ellenőrzése, szükség esetén gyűjtőedény cseréje a szakma szabályai szerint
- kesztyű eltávolítása után hygiénés kézfertőtlenítés
- steril kesztyű felvétele
- sebtérület és drain fertőtlenítése, minden egyes tisztító mozdulathoz külön steril kötszer alkalmazása
- kevésbé szennyezett területről haladni a legszennyezettebb felé
- drain tisztítása körkörös mozdulattal haladva a draintól kifelé
- drainból mintavétel protokoll szerint
- steril kötés felhelyezése (bevágott gézlap), rögzítése
- hygiénés kézfertőtlenítés
- kliens nyugalomba helyezése
- környezet optimalizálása
- dokumentálás az ápolási lapon

*Ápolási diagnózisok:*

- Fájdalom
  - terápiás eszköz irritációja
  - műtéti sebfájdalom, traumatizált szövetek
  - testfolyadék pangás
  - szövetkárosodás: sebgyógyulási zavar

*Meghatározó jellegzetességek:*

- Kötelező vonás: verbális és nonverbális megnyilvánulás csökkent mozgásképesség
- Nem kötelező vonás: vérnyomás, pulzus változás, beszűkült tudat

*Fertőzés kockázata:* invazív beavatkozások, terápiás eszköz, sebváladék, egyéb váladék, folyadékterfogat hiány

**Szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után**

Ha a beteg állapota – műtét után – megengedi, hogy önállóan mosson fogat, terítsünk a vállára törölközőt, készítsünk oda mindent, majd tartsuk a vesetálat a beteg álla alá, hogy az öblítő vizet oda tudja üríteni.



Amennyiben a beteg nem tud felülni, a fejét fordítsuk oldalra, úgy, hogy arca kissé lelógjon a párnáról. A párnát gumilepedővel és törölközővel védjük. Ha a beteg nem tudja a fogát megmosni, mossuk meg helyette óvatosan, nehogy a fogínyét felsértsük.

Eszméletlen betegnél különös gonddal kell ügyelni arra, hogy az öblítővizet ne aspirálja a beteg. Szükség esetén az öblítővizet szívóval kell eltávolítani a szájából.

A fogmosáson kívül sor kerülhet borax-glicerines szájecsetelésre. Ez olyankor kötelező, ha a száj nyálkahártyáján soort (gombásodás, „szájpenész”) észlelünk. Azok a betegek, akik nem vehetnek táplálékot magukhoz, a fogmosáson kívül is többször öblítsék ki a szájukat vízzel.

A száj higiéniéje igen fontos a gyógyulás szempontjából. Az ápolónő feladata, a száj állapotának megfigyelése és az észlelt rendellenesség jelentése az orvosnak.

Ilyen rendellenesség lehet:

- szájnyálkahártyájának kiszáradása vagy vérzése,
- bűzös lehelet,
- lepedék a nyelven, szájnyálkahártyán, fogakon,
- fájdalom

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése
- Ápolási lap
- Otthoni szakápolási ellátást lezáró lap

#### 6. Felelős:

Szakmai vezető/koordinátor, szakápolási tevékenységet végző ápoló.

A szakmai vezető/koordinátor felelős a szükséges tárgyi feltételek biztosításáért, a protokoll betartásáért.

A szakápoló felelős az ellátott állapotának folyamatos nyomon követéséért, az ápolási folyamat dokumentálásáért és a fokozott személyi higiénié betartásáért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Decubitálódott területek, fekélyek szakápolási feladatai		ÁP 01-07
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01-07 Decubitálódott területek, fekélyek szakápolási feladatai**

### 1. Cél:

A decubitus szempontjából veszélyeztetett gondozottak/betegek mielőbbi felismerése, részükre a szükséges prevenció nyújtása, valamint a kialakult nyomási fekélyek helyi és általános kezelésének, ápolásának meghatározása. A decubitusok megelőzése, illetve előfordulási gyakoriságuk csökkentése. A decubitus költséghatékony kezelési elveinek elterjesztése. A betegek életminőségének javítása.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM Rendelet,

Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai protokollja: A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése (Készítette: Az Ápolási Szakmai Kollégium),

Patricia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai,

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészség Szövetség: Decubitus és inkontinencia; protokollok, eljárások

### 4. A folyamat leírása:

*Decubitus:* nyomási fekély, a bőr és a bőr alatti szövet lokális sérülése, amelyet nyomás, nyíróerő, súrlódás, vagy ezek kombinációja okozott.

*Decubitus rizikómérő skálák:* előre jelzik, hogy kiknél és milyen eséllyel alakul(hat) ki decubitus, azaz a decubitus kialakulása szempontjából veszélyeztetett betegek beazonosításával a rizikó globális mérését teszik lehetővé. Decubitus rizikómérés decubitus kifejlődését előrejelző tényezők megállapításával azonosítani lehet a leginkább veszélyeztetett betegeket. A kockázatos helyzetben lévő betegek azonosítása segít az ápolási költségek csökkentésében is.

*Kiváltó tényezők:* a decubitus a különféle okok miatt helyzetváltoztatásukban gátolt betegek bőrén nyomó, dörzsölő, nyíró erők hatására jön létre.



*További tényezők, amelyek növelhetik a nyomási fekély kifejlődésének kockázatát:* mozgásszegénység, immobilitás, nedvesség, incontinencia, rossz tápláltság, az elhízás, a kóros lesóványodás, a vérszegénység, fertőzés, láz, a megromlott perifériás keringés, keringési betegség. Cukorbetegség, bénulás vagy korlátozó eszközök okozta mozdulatlanság, érzékelés csökkenése, beszűkült tudatállapot, idősebb életkor, vízháztartás zavar: vizenyő vagy kiszáradás. Meglévő nyomási fekély: csökkenti a helyzetváltoztatás céljából rendelkezésre álló felszíneket, ezáltal fokozott kockázatnak teszi ki a szöveteket.

*Kialakulásának helyei:* Leggyakrabban a nyomásnak leginkább kitett sacralis, glutealis, könyök, térd, boka és sarok területén alakul ki. Előfordulhat még tarkó, lapocka, fül, váll, csipőtaréj, tompor, ülőcsont, comb, térd hátsó felszíne, belső és külső térd, lábszáron, lábfej külső éle, talpon is. Orrszondán keresztüli táplálásnál: az orrüreg nyálkahártyáján.

*Szövődmények:* Sepsis: időleges vagy állandó bakteriális beáramlást jelent a sepsisgócból a keringésbe, osteomyelitis, amyloidózis, malignus elfajulás.

#### A decubitus osztályozása:

*A decubitus osztályozása során négy stádiumot különböztetünk meg:*

- 1. Stádium:** Első jele a nyomási terhelésnek a bőr elfehéredése a felfekvési pontokon. Ha a beteget nyomás mentesítjük, ezeken a helyeken élénkpiros bőrelszíneződés lép fel, ami reaktív hyperaemianak (reaktív vérbőségnek) felel meg. Ez kezdetben nyomásra elfehéredik, később már nem. Nehezen körülhatárolt oedema, meleg tapintat kíséri. Csekély intenzitású fájdalommal járhat.
- 2. Stádium:** A bőr kékesvörös márványozott színárnyalatot mutat, oedemás, beszűrt, rajta folyadékkal telt hólyagok lehetnek. Ezek felszakadása éles szélű, bőrvastagságú ulcust eredményez, amelynek alapja subcután zsírszövet. Igen fájdalmas lehet.
- 3. Stádium:** Fekete színű bőrelhalás, amelynek a környezete oedemás, kékes vörösen elszínezett. Beszűrt, a fekély széle megvastagodott, a mély fasciát nem lépi túl. Kevésbé fájdalmas. Bűzös váladékozás kísérheti.
- 4. Stádium:** A necroticus-infectiosus folyamat túllépi a mély fasciát, akadálytalanul tovaterjed. Megtámadja az izmokat, inakat, csontokat, ízületeket. Többnyire septicus állapottal jár együtt. Nagy mennyiségű bűzös váladékozás jellemzi. Igen nagy fájdalmakkal járhat. Decubitus kezelés során az intézményben leggyakrabban használt gyógyszerek, kötszerek és kötszerrögítők:

*Sebfertőtlenítő szerek:* Betadin oldat, Betadine kenőcs.

*Sebtisztító szer:* 0,9 % fiziológiás sóoldat.

*Hámosító:* Neogranormon kenőcs, Fo-No készítmények.

*Enzimek:* Fibrolan kenőcs - elősegíti az elhalt szövetek lebontását, ezzel tiszta sebfelületet teremtve, hozzájárul a sebgyógyuláshoz.

*Sebhintőpor:* Cupodex sebhintőpor - sebek, fekélyek feltisztításában játszik szerepet.

*Sebfedő párnakötszerek:* Sterilux vágott mull-lap, Zetuvit E nagy nedszívó képességű sebpárna. Grassolind kenőcsös sebfedőháló nagylyukú pamut hordozó réteggel, hatóanyagmentes semleges kenőccsel impregnálva. Védi a sebet a kiszáradástól.

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b></p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

*Hidroaktív sebfedők:*

TenderWet: szívó öblítő hatású sebpárna, Ringer oldattal aktivált. Nedves sebkörnyezetet biztosít, felszívja és tárolja a sebváladékokat, ezzel egyidejűleg nedvességet ad le, így oldja az elhalt szöveteket.

Hydrocoll: gyors felszívó képességű hidrokolloid kötszer.

Hydrocoll concave - sarok és könyök kezeléséhez.

Hydrocoll sacral – keresztcsontáji decubitus kezeléséhez.

Hydrosorb – átlátszó hidrocellás gél kötszer.

Hydrosorb – a gélkötszer csekély öntapadó képességgel rendelkezik

Hydrosorb comfort– a baktériumok és víz számára átjárhatatlan öntapadó rögzítő fóliával ellátott.

*Kalciumalginát kötszerek* – a kalciumalginát rostokból készült hatóanyagmentes lap és tamponálható csík. A kötszer hidrofil, nem tapadó géllé alakul át. Az átalakult kötszer tökéletesen kitölti a sebet, ezért a seb gyógyulása szempontjából előnyös mikroklíma alakul ki. Sorbalgon – sebfedőlapok Sorbalgon T – tamponálócsíkok

*Kötésrögzítők:* Nem steril vágott mullpólya, steril vágott mullpólya, rugalmas csőhálókötszer, Peha-haft – öntapadó elasztikus rögzítőpólya kétszeres tapadóhatással.

Omnifix elastic – bőrbarát rögzítőflíz nagy felületű kötszerrögzítéshez.

Omniplast ragtapasz – normál érzékenységű bőrre, hypoallergén.

*Professzionális seb és ragtapasz:*

Cosmopor E – öntapadó steril szigetkötszer, puha flízanyagból, speciális anyaggal bevont, sebbe nem ragadó párnával. Bőrbarát tulajdonságú.

*Bőrvédő kenőcsök, krémek:*

Csukamájolajos kenőcs, Neogranormon kenőcs, Sudocrem, Menalind professional bőrvédő krém, MEDI FLEUR felfekvést megelőző, a beteg bőrt regeneráló, vérkeringést javító gél.

**Előkészítés:**

*Eszközök előkészítése:* Steril és nem steril gumikesztyű, steril vágott mull-lap, steril csipesz, steril olló, steril spatula, steril vattás pálca, omnifix elastic, fecskendők, vesetál, 0,9 %-os fiziológiás sóoldat, Betadine oldat, veszélyes hulladékgyűjtő. Orvos utasítás alapján rendelt eszközök, gyógyszerek, hagyományos és modern kötszerek alkalmazása.

*Beteg előkészítés:* A betegnek magyarázzuk el a beavatkozást, és a beteg részéről szükséges segítséget, ha lehetséges. Biztosítjuk az intim környezetet. MÉRJÜK FEL A FÁJDALOM MÉRTÉKÉT, ha szükséges a kezelés előtt orvos által előírt fájdalomcsillapítót adjunk a betegnek, várjuk, amíg hatni kezd. A fájdalom felmérése fájdalom felmérő skála segítségével történjen, a kapott pontszámot a Decubitus. Ápolási lapon a megadott helyen dokumentáljuk. Helyezzük a beteget olyan kényelmes helyzetbe, hogy a nyomási fekély területe és a környező bőr könnyen elérhető legyen.

**Kivitelezés:**

*Decubitus kezelése:* A kezelés megkezdése előtt végezzünk higiénés kézfertőtlenítést.



- A decubitus kezelése komplex feladat nem csupán a seb ellátását jelenti.
- Az ápolást úgy tervezzük meg, hogy a további szövetkárosodást megakadályozzuk, és a gyógyulást elősegítsük.
- A környező ép szövetek védelme - a nyomási fekély körüli bőr védelmével, a kötszerek megfelelő rögzítésével, a sebgyógyulást gátló okok kiküszöbölésével a sebgyógyulás minél optimálisabb feltételeinek megteremtésére kell törekedni.
- Az infekció leküzdése - fontos része a kezelésnek. Ez magába foglalja a seb dezinficiálását, kórokozó(k) kitenyésztesét a sebváladékból és az esetleges helyi és/vagy általános antibiotikus kezelést. A hajlamosító rizikótényezők kiiktatása, kezelése – ami legalább annyira fontos, mint a seb helyi kezelése Pl nyomásnak kitett helyek tehermentesítése, bőr nedvességének megszüntetése.

#### **Általános alapelvek, a decubitus kezelése során:**

- A nyomási fekély ellátása az orvosi rendelés vagy az orvos által jóváhagyott kezelési terv szerint történhet.
- Kialakult decubitus esetén az előírt, elvégzett kezelés mellett a decubitus prevenciós ápolási tevékenységeket is alkalmazni kell. (ÁP 01-13) Alapelv, az ellátott nem feket a decubituson, ha van rá lehetőség.
- Decubitus rizikó felmérő lapot kialakult decubitus esetén is fel kell venni.
- Minden prevencióban vagy kezelésben részesülő beteg ápolási tervének tartalmaznia kell azt az időtartamot, ami helyzetváltoztatás nélkül maximálisan megengedett, de ez nem lehet több mint 2 óra.
- Amennyiben kialakult a fekély, a krónikus sebkezelés irányelveinek megfelelően kell eljárunk.
- A felfekvést a szövetkárosodás súlyossági fokának (I-IV. stádium) megfelelően kell kezelni.
- A kezelések során az asepsis, antisepsis szabályait szigorúan be kell tartani.
- Megfelelő táplálék biztosítása (fehérje, vitamin és folyadékban dús).

#### **A decubitus kezelésének lépései, a stádiumoknak megfelelően:**

*I. Stádium:* Decubitus prevenciós ápolási tevékenységek alkalmazása. (Mindenben úgy kell eljárni, mint a prevenció esetében.)Dörzsölést, masszírozást nem szabad alkalmazni.Orvos értesítése.

#### *II.-IV stádium:*

Decubitus prevenciós ápolási tevékenységek alkalmazása:

A terápiát orvosi előírás szerint végezzük. Az eszközöket az ágy közelében elérhető távolságba helyezzük

Gumikesztyűt felvétele.

Távolítsuk el a szennyezett kötést, és dobjuk a veszélyes hulladékgyűjtőbe, sárga zacskóba, előtte megfigyeljük mennyire váladékos, milyen a színe, milyen a szaga.

Ha a kötés beszáradt, beragadt, itassuk át sóoldattal mielőtt eltávolítjuk.

Vegyünk fel steril gumikesztyűt.

A seb tisztításánál figyelembe kell vennünk a beteg érzékenységét bizonyos szerekre.

Seb tisztítása 0,9% os steril sóoldattal, öblítő folyadékkal fecskendővel, vagy gyári készítménnyel

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b></p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

Amennyiben szükséges tisztítsuk ki a sebet a törmeléktől, váladéktól, középről kifelé haladva, használjunk új gézlapot minden törléshez.

A sebtisztítást követően határozd meg a seb mélységét, nagyságát, stádiumát.

Sebtisztítás után alkalmazzunk Bioptron lámpa kezelést, amennyiben a beteg rendelkezik vele. A sebellenítés során alkalmazzuk az orvosi utasításnak, és a stádiumbeosztásnak megfelelő gyógyszereket (kenőcsök, oldatok, hintópor).

A sebre helyezzük fel, stádiumnak megfelelő kötést.

Védjük a seb környékét bőrvédő kenőccsel.

Rögzítsük a kötést porózus, bőrbarát rögzítővel, ha szükséges.

Sérült, duzzadt, gyulladt bőrfelületre, kerüljük a korszerű rögzítő anyagok használatát is.

Vegyük le a kesztyűt.

A beteg nem fekhetsen a decubituson, ha ez lehetséges.

A beteg környezetének rendbetétele.

Eszközök rendbetétele, sterilizáláshoz előkészítés.

Higiénés kézfertőtlenítést végzése.

Dokumentáljuk az elvégzett tevékenységeket, tapasztaltakat a Decubitus Ápolási Lapon.

#### **Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:**

A feladatvégzés gyakoriságát a seb stádiuma határozza meg elsősorban, ez lehet naponta, vagy háromnaponta. A sebkezelés során az asepsis és antisepsis szabályait be kell tartani.

Négyes stádiumban lévő decubitus ellátásánál sebészeti beavatkozás válhat szükségessé, a beavatkozás után a szakorvos által rendelt sebellenítést végezzük

#### *Dokumentálás:*

A Decubitus rizikófelmérő lapon, mely az ápolási terv része. A rizikófelméreésre a Bővített Norton skálát alkalmazzuk. Minden ágyhoz kötött ellátottnál el kell végezni a rizikófelméreést, valamint akkor, ha az ellátott általános állapota romlik.

A Decubitus Ápolási lap magába foglal egy rövid távú ápolási tervet, ami a decubitus kezelésére vonatkozó terv, a seb paramétereire vonatkozó táblázatot, kezelési lapot, fájdalommérő skálát.

A nyomási fekélyt minden vizit alkalmával fel kell mérni, és a Decubitus Ápolási lapon dokumentálni. A Decubitus Ápolási lapon továbbá dokumentálni kell a forgatási tervnek megfelelően, hogy mennyi időnként történik az ellátott forgatása, a javasolt forgatási idő 2 óra.

Ha az ellátott, vagy a seb állapota romlik, át kell alakítani az ápolási tervet, amint a romlás első jelei mutatkoznak. Az ápolási terv eredményességét vizitenként kell dokumentálni, az ápolási terv értékelés oszlopában.

Egyedi esetek kezelése: állapothanyatlás esetén kórházi kezelés indokoltságáról a szakorvos/háziorvos dönt.

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Szakápolást / gyógytornát elrendelő lap
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése



- Sebállapot felmérő lap,
- Decubitus rizikó felmérés I.
- Decubitus felmérés II.
- Ápolási lap
- Otthoni szakápolást lezáró lap

6. Felelős:

- A szolgálat szakmai vezetője / koordinátora, szakápoló, igény esetén gyógytornász. A szakmai vezető/koordinátor és a szakápoló felelős a sebkezelési folyamatok hatékonyságáért. A gyógytornász felelős a beteg lehetőség szerinti mobilizációjáért.
- Háziorvos, és szakorvos szükség esetén módosítja a terápiát.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok	ÁP 01-08
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta		
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b> 2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

**ÁP 01- 08 Betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó szakápolási feladatok**

**1. Cél:**

A betegek életminőségének javítása.

**2. Alkalmazási terület:**

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

**3. Hivatkozások:**

20/1996 (VII. 26.) NM rendelet, 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

**4. A folyamat leírása:**

Gyógyászati segédeszközök használatához kapcsolódó szakápolási feladatok, pólyák és rögzítő kötések alkalmazásának általános alapelvei.

Tekintsük meg a bőrt, nincs –e rajta horzsolás, oedema, elszíneződés vagy kiemelkedő sebszél. Steril kötéssel fedjük be a fedetlen sebeket és a nyílt horzsolásokat.

Mérjük fel a kötés állapotát, és ha szennyezett, cseréljük ki.

Mérjük fel a pólya alá kerülő testrészek bőrének állapotát, és tekintsük meg a feltekerendő pólyától disztális részeket, nem károsodott- e a keringésük.

Az alsóvégtag- protézis helyes használata.

A protézisre kerülő cipő a meglévő lábon lévő párja legyen.

A cipő sarka ne legyen félre taposott.



Ügyelni kell a protézis helyes feltételére.

A csonk megfelelően helyezkedjen el a csonktokban.

Lábszárprotézisnél a térdkalács alsó ívére legyen helyezve a testsúly, míg a combprotézisnél az ülógumó a teherviselő pont.

*A csonk és a protézis karbantartása és tisztántartása:*

Csonk bőrének ápolása: a protézis levétele után a bőrt bő langyos, szappanos vízzel lemossuk, majd szárazra töröljük.

*Protézis higiénája:*

Tisztítása csak langyos vízzel és szappannal történik, ha bőrtokja van alkoholbamártott ruhával tisztítjuk és töröljük szárazra. Esős időben, ha a cipő átázott eltávolítjuk a protézisről és megszáritjuk.

Ne tegyük a protézist hőforrás közelébe.

Használat előtt ellenőrizzük a protézis hibátlanságát.

*Kerekesszék helyes használata:*

1. Alapvető megtalálni a legkényelmesebb ülémódot, valamint azokat a kiegészítő megoldásokat, amelyekkel a kerekesszékben ülő személy biztonságát és önállóságát egyedien lehet segíteni.
2. Az ülés akkor megfelelő, ha a szék sehol nem nyomja az ülőfelületet, a medence és a gerinc kényelmesen, de stabilan biztosítja az ülést és az ülésben végzett bármilyen tevékenységet.
3. Ülésnél a stabilitást a medence függőleges helyzete és a csípőkben a kb. 90 fokos hajlított tartás, a gerinc ágyéki szakaszának megtámasztása segíti. Az ülőfelület magassága akkor jó, ha a csípőkben és a térdékben kb. 90 fokos hajlított helyzet van és a lábak a lábtartón teljes alátámasztással helyezkednek el. Az ülőfelület széle a térdhajlattól 3-4 cm- re legyen, így a testsúly a medencén, combokon és a lábakon van.

*Járás gyógyászati segédeszköz típusai és alkalmazása:*

Botok:

Helyes magasság beállítás:

1. 20-30 fokos könyök flexio.
2. A bot a nagytompor magasságáig érjen.
3. Az érintett oldallal ellentétes karban fogjuk.
4. A testmagassághoz megfelelő eszközmagasságot állítsunk be.

Járókeretek:

A legstabilabb támasztást a járókeretek biztosítják.

A járókeretet járás közben emelni kell az előrehaladáshoz, ezért fontos, hogy súlya könnyű legyen. Csúszásmentességet a négy lábba szerelt sérülésmentes gumi biztosítja.

A testmagassághoz megfelelő eszközmagasságot állítsunk be.



Rollátorok:

A rollátor kerekkel van felszerelve. Ennek köszönhetően nem kell megemelni. Előretolás után a kézzel működtetett féket behúzva, stabilan rá lehet támaszkodni. Bizonyos súlyhatárig táskák vagy bevásárló szatyrok is akaszthatók rá, így megkönnyíti a mindennapokat.

A testmagassághoz megfelelő eszközmagasságot állítsunk be.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Ápolási lap,
- Fiziotherápia dokumentációs lap,
- Gyógytorna/fiziotherápia vizitlap
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

6. Felelős:

- A szolgálat szakmai vezetője / koordinátora, szakápoló, gyógytornász. A szakmai vezető/koordinátor és a szakápoló felelős a folyamatok hatékonyságáért. A gyógytornász felelős a beteg lehetőség szerinti mobilizációjáért.
- Háziorvos, és szakorvos szükség esetén módosítja a terápiát.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	UH inhalálás, légzésterápia Szívó alkalmazása Oxigénterápia	ÁP 01-09
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta		
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>
Szervezeti hatálya	2026.02.01. Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat	

## **ÁP 01- 09 UH inhalálás, légzésterápia Szívó alkalmazása Oxigénterápia**

### **UH inhalálás, légzésterápia**

#### 1.Cél:

A gyógyszert közvetlenül a hörgőkbe, a tüdőbe juttassuk. Az ellátott panaszainak enyhítése, az életminőség és a tüdőfunkció javítása, romlásának megállítása, illetve lassítása a tünetek megelőzése, váladékoldás, légut-tisztítás, hörgőtágítás, rohamoldás.

#### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

#### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

#### 4. A folyamat leírása:

Különböző légúti megbetegedések (asthma, bronchiale, emphysema, pulmonum, acut-krónikus bronchitis) teszi szükségessé az inhalációs terápia alkalmazását.

*Inhalációs terápia:* belégző készülék, elektromos árammal működő kompresszoros vagy ultrahangos készülék segítségével, hatóanyagot tartalmazó oldat, aerosol formájában az ellátott szervezetébe való juttatása.



Belégző készülékek csoportjai:

- hajtógázos adagolók (spray),
- porbelégző készülékek (turbohaler, discus),
- aerosol készülékek.

*Hajtógáz adagoló használatának a menete:*

- Azonosítsuk az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Levesszük a védőkupakot és felrázzuk a készüléket.
- Felszólítjuk a beteget, hogy hosszan fújja ki a levegőt.
- A beteg fejét kissé hátra hajtva vegye szájába a készülék szájrészét és szorítsa rá ajkait.
- Felszólítjuk a beteget, hogy lassan, egyenletesen (nem kapkodva) szívja tele tüdejét levegővel olyan mélyen, ahogyan csak bírja.
- A belégzés kezdetén nyomja meg a tartályt.
- Az ellátott belégzés után lassan tízig számolva tartsa vissza a levegőt, hogy a gyógyszer leülepedjen a tüdőben.
- Ha két belégzés szükséges, hagyjunk köztük legalább 1 perc szünetet.

*Porbelégző készülék használatának a menete:*

A porbelégző készülékkel bevitt gyógyszereket az adagolás módja szerint 3 csoportba sorolhatjuk:

- 1- porkapszula /Spiriva/,
- 2- diskhaler /Serevent, Seretide/,
- 3- turbuhaler /Pulmicort.

*1. Porkapszula használata:*

- Azonosítjuk a beteget és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Helyezzük a kapszulát a készülékbe.
- Vegye a beteg a szájához a készülék szájrészét, gyorsan és mélyen szívja be a levegőt.
- A kapszula tartalmát 3-4 szívással szívja ki.
- Soha ne fújjon bele a készülékbe.

*2. Diskhaler használata:*

- Azonosítjuk a beteget és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Ellenőrizzük az eszköz adagkijelzőjén a gyógyszeradagot.
- A discust vízszintes helyzetben tartjuk.
- Kinyitjuk a discust, elfordítjuk az adagolót ütközésig (kattanásig).
- Felszólítjuk a beteget, hogy hosszan fújja ki a levegőt.
- A beteg helyezze a szájrészét ajkai közé, gyorsan és mélyen szívja be a levegőt a készüléken át és nem az orrán keresztül.



- A beteg a belégzés után lassan tízig számolva tartsa vissza a levegőt, hogy a gyógyszer leülepedjen a tüdőben, majd lassan lélegezzen ki.
- Lassú szíváskor a gyógyszer egy része a szájüregben és a garatban letapad, és keserű ízt, torokkaparást, köhögést okozhat.

### *3. Turbuhaler használata:*

A turbuhaler semmiféle vivő anyagot nem tartalmaz, sem mellékízt, sem szagot nem lehet érezni. A hatóanyagot a belégzés által keltett légáramlás juttatja a tüdőbe, ezért a beteget meg kell tanítani a készülék szájrészén történő erőteljes és mély belégzés módszerére.

- Azonosítjuk a beteg és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Vegyük le a védőkupakot.
- A készüléket függőleges helyzetben tartva az alul lévő töltőcsavart oda-vissza pattanásig fordítsuk el.
- A levegő kifújása után a készüléket vegye a szájába, erőteljesen és mélyen szívja be a levegőt.
- 10 másodpercig tartsa vissza a levegőt.
- Vegye ki az eszközt a szájából, majd nyugodtan fújja ki a levegőt.
- Soha nem szabad a turbuhalerbe belefújni.
- Használat után visszahelyezzük a védőkupakot.

Szteroidos készítmények használata után mindig öblítsük ki a gondozott száját!

### *Aerosol terápia:*

Elektromos árammal működő kompresszoros vagy ultrahangos készülék segítségével a hatóanyagot tartalmazó oldat aerosol formájában a beteg szervezetébe juttatása.

### *Előkészítés:*

Az inhalációs terápia előtti szakápolói teendők:

A beteget tájékoztassuk az ápolói kompetenciának megfelelően az inhalációs terápiáról. Hívja fel a figyelmet a biztonsági előírásokra, szabályokra. Amennyiben a beteg önálló, tanítsa meg a biztonságos és hatékony inhalációs technikára.

### Kivitelezés:

- Készítsük elő a szükséges eszközöket.
- Azonosítsuk az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Ellenőrizzük az aerosol készülék állapotát.
- A beteg tájékoztatása a kezeléstről.
- Kézfertőtlenítést végzünk.
- A beteget nyugalomba helyezzük (kényelmes ülőhelyzet).
- Előkészítjük az előírt inhaláló oldatot.
- Az elkészített oldatot a gyógyszeradagoló egységbe töltjük.
- Csatlakoztassuk a készüléket az áramforráshoz.

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b></p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

- Az indító gombbal kapcsoljuk be a készüléket.
- Helyezzük a beteg szájához az inhaláló csutorát vagy a 3 szájmaszkot.
- Az elláttal megfelelő inhalációs technikát alkalmazzon, melynek lényege, hogy a lassú, egyenletes belégzést rövid légzésszünet kövesse.
- Használat után tisztítsuk, fertőtlenítsük az eszközt.
- Dokumentáljuk a tevékenységet.

**Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:**

*A feladatvégzés gyakorisága:*

Az inhalációs terápia gyakoriságát szakorvos határozza meg, ennek alapján kell a feladatot elvégezni. Fokozottan kell ügyelni arra, hogy a megfelelő szert, megfelelő mennyiségben és módon juttassuk a beteg szervezetébe. Amennyiben lehetséges, a helyes használat megtanítása az elláttal.

*Dokumentálás:*

Az ápoló rögzíti az elvégzett inhalációs tevékenységet az ápolási dokumentációban. Az ápolási lapon dokumentálja az orvos által előírt gyógyszereket és az esetleges módosításokat.

*Ellenőrzés:*

A szolgálat szakmai vezetője/koordinátora ellenőrzi az inhalációs terápia helyes alkalmazását.

**A légutak szájon át történő leszívásához kapcsolódó szakápolási feladatok**

1. Célja:

A szájüreg tisztítása a jobb légzés érdekében.

2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

4. A folyamat leírása:

*A beteg előkészítése:*

A tevékenység

elmagyarázása. Megfelelő

testhelyzet kialakítása.



*Eszközök előkészítése:*

1. hordozható vagy központi szívókészülék
2. fiziológiás sóoldat
3. steril szívókatéter
4. védőkendő
5. steril kesztyű
6. vesetál

**Légutak szájon át történő leszívásának menete:**

1. Fertőtlenítő kézmosás, gumikesztyű felvétele
2. Tegyük a beteg álla alá védőkendőt
3. Csatlakoztassuk a szívókatétert a szívógép összekötőcsövéhez és kapcsoljuk be a szívót
4. Vezessük be szájon keresztül a szívókatétert a beteg garatjában oly módon, hogy szívás nélkül a fogíny mentén halad befelé
5. Gyors mozdulatokkal forgassuk körbe a katétert a beteg szájában, és szívjuk ki a váladékot
6. Szívás közben biztassuk a beteget köhögésre
7. Mossuk át a szívókatétert vízzel, amíg tiszta nem lesz
8. Kapcsoljuk ki a szívást, és dobjuk a ledobóba a szívókatétert
9. Takarítsuk ki a készüléket
10. Dokumentálás

**Oxigénterápia**

1. Célja:

A normális oxigenizáció fenntartása.

2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

4. A folyamat leírása:

A vér oxigéntartalmának jelentős hirtelen vagy tartós csökkenése esetén javasolt az oxigénterápia elkezdése. Túl sok oxigén alkalmazása is káros lehet, mert egyrészt csökkenti a légzőközpont működését, és ezzel elősegítheti a széndioxid felszaporodását a vérben, amely fejfájáshoz, aluszékonysághoz vezethet.



*Adagolás módja:* az áramlási sebesség percenként kb.1-2 liter/ perc max. 3liter /perc orvosi utasítás szerint) orrszondán, maszk használata esetén 6-8 liter /perc.

*Megfigyelés:*

- a. légzés
- b. pulzus
- c. viselkedés, tudat
- d. arcszín
- e. pulsoxy méter ( akut oxigén hiány esetén SpO2 94%, krónikus oxigén hiány esetén 90% alatti SpO2 esetén adagolunk oxigént)

A COPD egy progresszív, a jelen ismereteink szerint visszafordíthatatlan betegség. A gyógyszeres kezelésnek és a légzés rehabilitációnak a legfontosabb célja a tüdőfunkció romlásának lassítása, betegség tüneteinek enyhítése vagy megszüntetése, illetve a fizikai terhelhetőség, és ez által az életminőség javítása. COPD-s betegnél szükség esetén napi 15-24 órán át adható az oxigén, de 3 órán túl ne legyen oxigén nélkül a tartós kezelésre szoruló.

*Az oxigénbevitel módjai:*

1. Orrkanül: egyszer használatos műanyag tubus, melyek két kivezető csövét egyszerre helyezhetjük a beteg ornyílásába és szárát szemüveg módjára a beteg fülére akaszthatjuk. Nagyon egyszerűen és könnyen kezelhető eszköz, a betegnek nem kellemetlen a használata. Táplálkozás, köpetürítés közben is folyamatos oxigénellátást biztosít. Ma ez a legelterjedtebb módszer, átlagosan 1-2 l/perc maximum 3 l/perc sebességgel adagolhatjuk az oxigént.
2. Oxigénmaszk: a beteg ornyergére és szájára jól illeszkedő plasztik arcmaszk, melyet gumiszalaggal rögzíthetünk a fején.( 4- 8 l/ perc O2 adagolás szükséges)

**Az oxigénterápia előtti ápolói teendők:**

*A beteg pszichés előkészítése :*

1. A beteget tájékoztatjuk az ápolói kompetenciának megfelelően a oxigénterápiáról (az oxigénterápia szükségessége, a vizsgálat menetének ismertetése, a kért együttműködés megbeszélése).
2. Hívja fel a figyelmet a biztonsági előírásokra, szabályokra.
3. Külön térjen ki a dohányzási tilalomra.
4. Amennyiben a beteg önálló, tanítsa meg a biztonságos és hatékony oxigénkezelés részleteire.
5. Mutassa meg, hogy szükség esetén hol van a legközelebbi tűzoltó készülék.



*Fizikális előkészítése:*

A beteget az ágyban kényelmes, félig ülő testhelyzetben kell elhelyezni.

*Környezet előkészítése:*

Az ápoló feladata, hogy a beteg és az egész kórterem biztonsága érdekében ellenőrizze a helyiségben található elektromos berendezések épségét, földelését, és elmagyarázza az oxigénterápia veszélyeit. Külön fel kell hívni a figyelmet a dohányzási tilalomra.

*Eljárás:*

1. Beteg azonosítása.
2. Higiénés kézmosás.
3. Kösse össze az orrkanült a megfelelő áramlásértékre beállított, párasított oxigén vezetékével.
4. Helyezze a kanül két kivezető csövét a beteg orrlyukaiba!
5. Tegye a kanül szárát a beteg fülére, és fején lazán állítsa be!
6. Ellenőrizze folyamatosan a beteget és a kanül helyzetét!
7. Ellenőrizze az oxigénáramlás sebességét és orvosi utasítás szerint korrigálja!
8. Tartsa mindig feltöltve a párasítót!
9. Figyelje a beteg orrnyílásait és mindkét fülét, nem alakul-e ki decubitus!
10. Dokumentálja a történeteket!

*Munkavédelmi szabályok:*

1. nyílt láng alkalmazása tilos
2. ellenőrizni kell, hogy az elektromos berendezések megfelelően szigeteltek, földeltek
3. zsíros, olajos kézzel nem nyúlunk a palackhoz
4. az oxigénpalackot megfelelően rögzíteni kell, nehogy felboruljon
5. reduktort minden esetben használni kell!

*Ápolásbiztonsági szabályok:*

1. terápia előtt ellenőrizni kell az oxigén nyomását
2. orrkatéter alkalmazása esetén 8 óránként cserélni kell a katétert
3. az oxigént párasítón keresztül juttatjuk a betegbe
4. az orrkatétert biztonságosan rögzítjük a beteg fején
5. a bevitt oxigén mennyiségét az orvos határozza meg, ápoló állítja be

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Ápolási lap,
- Otthoni szakápolást lezáró lap.



6. Felelős:

A szakmai vezető/koordinátor felel a szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az ápoló felel a légutak leszívásának megtörténtéért, az eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A házi orvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Tartós fájdalom csillapítása		ÁP 01-10
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01- 10 Tartós fájdalom csillapítása**

### 1.Célja:

A fájdalom tartós csillapítása:

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

### 4. A folyamat leírása:

A fájdalom akár akut akár krónikus mindig szubjektív, egyedi. Nem tudjuk műszerekkel mérni intenzitását. A fájdalom mértékének meghatározásában mindig a betegre hagyatkozunk. A fájdalom csillapítása az orvos és az egészségügyi szakdolgozó legalapvetőbb kötelezettsége. A fájdalomnak mindig van szomatikus, pszichés, mentális, szociális, spirituális összetevője. A fájdalomcsillapítás során ezt mindig tudni kell, és a nehezen befolyásolható fájdalom esetén különösen, ezt is számításba kell venni.

A krónikus fájdalomnál mindig van személyiség változás, viszont zömében nem látható szorongás, szenvedés, vegetatív tünetek, és a beteg nem panaszkodik. Viszont gyakran láthatók olyan jelek, amik nem elsősorban a fájdalom jellemzői, mint agresszivitás, nyugtalanság, étvágytalanság, amik utalhatnak krónikus fájdalomra.

### *A fájdalom típusai:*

Nociceptív:

Szomatikus: jól körülhatárolt fájdalom. Ilyenek a csont, izom fájdalmak.

Viscerális: rosszul lokalizált, távolra sugárzik. Ilyenek a belső szervek fájdalmai (vastagbél, hashártya).

Neuropathias fájdalom.



Az idegek nyomásából eredő fájdalom. Ilyen a patológiás csigolyatörésből eredő fájdalom, amikor nyomódnak a kilépő gyökök. Vagy a tumor növekedése során nyomja a szerveket beidegző gangliont.

Áttöréses fájdalom.

A krónikus fájdalomnak hirtelen felerősödése viszonylag rövid időre.

#### *A krónikus fájdalomcsillapítás:*

A krónikus fájdalomcsillapítása mindig preventíve történik. Ami azt jelenti, nem várjuk meg a fájdalom kialakulását, hanem a megfelelő időben beadjuk a fájdalomcsillapítót. Azaz a krónikus fájdalomcsillapítása óra szerint is történik. Ebből következik, hogy folyamatosnak kell lennie. A WHO elvei és útmutatása alapján lépcsőzetesnek kell lennie. Ahhoz, hogy elérjük a beteg számára elviselhető fájdalom szintet kombinált is lehet a fájdalomcsillapítás. A fájdalomcsillapítónak ne legyen mellékhatása, illetve tolerálható mellékhatása legyen.

A fájdalomcsillapító nemét, adagját, a bevitel módját mindig orvos határozza meg, de a fájdalomcsillapító beadása, a fájdalomcsillapítás minőségének értékelése, illetve a fájdalomcsillapítás lehetőségének ismerete, a mellékhatások ismerete szaknővéri feladat.

#### **A fájdalomcsillapítók:**

##### *Non-steroid fájdalomcsillapítók:*

Ilyenek: Cataflam, Aflamin, Feldene, Diclofenac, Algoflex, Aspirin, Ibuprofen. Movalis, Alev Egy részük recept nélkül is kapható. Nem kombinálhatók, mivel fájdalomcsillapító hatásuk nem növekszik, csak mellékhatásaik. Leggyakoribb mellékhatásuk a gastrointestinális rendszer irritációja. Ennek két súlyos formája a perforatio, illetve a gastrointestinális vérzés. Enyhébb mellékhatások gyomor illetve nyelőcsőégés. Ezek megfelelő étkeztetéssel, illetve gyomorvédő gyógyszerekkel kiküszöbölhetők.

##### *Gyenge opiátok:*

Ilyenek Contramal, Tramadol Leggyakoribb mellékhatásuk: székrekedés, hányinger. Ezt a tápcsatorna mozgását serkentő gyógyszerekkel illetve megfelelő étkeztetéssel rendezhetjük.

##### *Opiátok:*

Ilyenek a Morfium, Dolargan, Fentanyl tapasz. Mellékhatások között leggyakrabban a hányinger, hányás illetve az obstipáció szerepelnek. Mindkettő étkezéssel, a hányinger hányáscsillapítókkal, illetve gyógyszer váltással, a székrekedés ozmotikus laxatívumokkal befolyásolható. Okozhatnak hólyag spasmust, így vizelet retenciót, ennek megoldása a katheterezés. A retteget légzésdepressziót a fájdalom antagonizálja.

##### *Lépcsőzetesség:*

1. lépcső: gyógyszeresen non-steroid, Algopyrin, Paracetamol, +++ fizioterápia++++ Adjuváns szerek, amit orvos ír elő. (Ilyenek lehetnek antidepresszánsok, steroidok, izomrelaxánsok, anticonvulsív szerek)
2. lépcső: (ha a fájdalom továbbra is fennáll) gyenge opiátok ++++ első lépcső
3. lépcső: (ha még van fájdalom) erős opiátok+++++ első lépcső



*Szakápolói kompetenciák:*

1. Ismerni kell a kliens betegségét
2. Ismerni kell a gyógyszereket
3. Ismerni kell a gyógyszerek adagolását időben, dózisban, és kombinációban is
4. Észre kell venni és dokumentálni a fájdalmat, intenzitását
5. Ismerni kell a fájdalomra utaló egyéb tüneteket
6. Törekedni kell a fájdalom kontrollra
7. Észlelni és dokumentálni kell a gyógyszer mellékhatásokat
8. Ismerni és alkalmazni kell a mellékhatások kezelését
9. Tartani kell az orvossal a kapcsolatot és tájékoztatni kell a beteg fájdalom szintjéről illetve a mellékhatásokról
10. Dokumentálás

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Ápolási lap,
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

6. Felelős:

A szakmai vezető/koordinátor felel a szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az ápoló felel a folyamat szakszerű végzéséért, a szükséges eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Gyógytorna, elektroterápia biztosítása		ÁP 01-11
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01- 11 Gyógytorna, elektroterápia biztosítása**

### 1.Célja:

A tünetek enyhítése vagy megszüntetése, a tüneti kezelés.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Általános ápolástan és gondozástan (Bokor Nándor, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2014.)

### 4. A folyamat leírása:

A fizioterápiás eljárások számos tünet – mint fájdalom, helyi keringési zavar, duzzanatok, gyulladás, izomtónus zavara, ízületi mozgásterjedelem csökkenése, ingervezetési problémák – mérséklésére alkalmasak.

### **Gyógytorna**

A gyógytornászok a fizioterápia számos módszerét alkalmazzák tevékenységük során, ezek közül kiemelt jelentőségű a mozgásterápia. A mozgásterápia hatékony a mozgásszervrendszer érintő kórképekben, belgyógyászati kórképekben, neurológiai kórképekben.

### *Célja:*

A funkciók megőrzése, helyreállítása, vagy ha ez nem lehetséges, valamilyen kompenzáló működés kialakítása.

Otthoni szakápolás során a gyógytornász – fizioterapeuta a vizsgálati eredmények és a szakorvos elrendelése alapján felméri a beteg állapotát, ápolási anamnézist készít, melyben komplex módon szerepelnek a fizioterápia különböző módszerei.

A mozgásterápia két nagy csoportja:



1. Aktív torna során a beteg a gyógytornász irányításával végez célzott gyakorlatokat. A gyakorlatok célja lehet az izomerő növelése, mozgás-koordináció fejlesztése, ízületi mozgásterjedelem fokozása, egyes izomcsoportok lazítása, a keringési és légzési paraméterek javítása. A gyakorlatok kivitelezésénél fontos ügyelni a mozgás kiinduló és véghelyzetére, a kivitelezés pontosságára, a mozgás sebességére és fokozatosságára. A fokozatosságot a gyakorlatok kivitelezéséhez szükséges izomerő, a testhelyzet és a gyakorlatok összetettsége alapján alkalmazzuk. Nehezebb a gyakorlat kivitelezése, ha a mozgás során működő izmoknak valamilyen ellenállást kell legyőzniük – gravitáció, súly-, ha csökkentjük az alátámasztást – fekvő, álló testhelyzet-, ha fokozzuk a gyakorlatok összetettségét.
2. A passzív mozgás feladata az ízületi mozgásterjedelem megtartása vagy helyreállítása. A valamely okból nyugalomba helyezett ízület mozgásterjedelme az aktív mozgás, vagy passzív mozgás hiányában beszűkül, kontraktúra alakul ki. Ezért fontos immobilizáció esetén a fektetési szabályok betartása és az ízületek passzív átmozgatása.

Vezetett, aktív torna: a beteg képes aktívan részt venni a mozgásban, de a megfelelő izomerő hiánya miatt még segítséget igényel a mozgás kivitelezéséhez.

Helyváltoztató mozgások: járás nehezítettsége esetén szükség lehet segédeszköz használatára. A segédeszközök támasztékként szolgálnak, illetve az alsó végtag tehermentesítését teszik lehetővé. Ilyen eszköz: támbot, könyökmankó, hónaljmanó, járókeret.

Trakciós kezelés: valamely ízület, elsősorban gerinc, csípő vagy térd és az azt körülvevő lágy részek nyújtására szolgálnak.

Masszázskezelés: a bőr felületén végzett mechanikai műveletek sorozata, amit a szakember főleg kézzel, esetleg géppel végez.

## Elektroterápia

Az elektroterápia az elektromos áramot, annak élettani hatásait használja fel a kezelések során. Az elektroterápia három formáját különböztetjük meg a használt frekvencia alapján:

- kisfrekvenciás,
- középfrekvenciás,
- nagyfrekvenciás kezelések.

A kis- és középfrekvenciás kezelések során különféle elektroterápiás készülékek biztosítják a hálózati áramból kialakított kezelőáramot, ami a kábeleken át jut az elektródákhoz.

### *Ingeráram kezelés:*

Ingeráram-kezeléssel a kezelt izomban összehúzódás, kontrakció váltható ki. A kezelés lehet direkt, amikor az elektródákat a kezelt izom eredése és tapadása fölé helyezzük, vagy indirekt, amikor a kezelt izmot beidegző ideg ingerlési pontjára kerülnek az elektródák.

A fizioterápiában az ingeráram kezeléseket, mint szelektív ingeráramot célzottan a gyengült vagy bénult izmok kezelésére, ingerlésére használjuk.



Az ingeráram kezelésekhez tartoznak a TENS kezelések.

A diadinamikus áram különböző variációi eltérő élettani hatást gyakorolnak, mint például helyi vérbőség, a lokális vérkeringés pumpaszerű működése, az erek összehúzódása, és kitágulása révén fájdalomcsillapítás.

A TENS kezelések előnye, hogy az általában kisméretű készülékek könnyen kezelhetők, a beteg otthonában is elvégezhető a számára javasolt kezelés. A korszerű készülékek több terápiás módot tesznek lehetővé, így több kezelési célnak felelnek meg, mint a fájdalomcsillapítás, izomstimulálás, iontoforézis kivitelezése.

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Fizioterápia dokumentációs lap,
- Gyógytornász / fizioterápia vizitlap
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

#### 6. Felelős:

A szakmai vezető/koordinátor felel a szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az gyógytornász - fizioterapeuta felel a folyamat szakszerű végzéséért, a szükséges eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A házi orvos / szakorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	A haldokló beteg ellátása	ÁP 01-12
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta		
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b> 2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

## **ÁP 01- 12 A haldokló beteg ellátása**

### 1.Célja:

A haldokló beteg gondozásának célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

1997. CLIV. Törvény

### 4. A folyamat leírása:

Jelen protokoll kizárólag a terminális állapotban lévő ember ellátását taglalja.

A meghatározott cél érdekében a beteg jogosult fájdalomának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak.

A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítségét a beteg ápolásában, továbbá lelki gondozásukat a betegség fennállása alatt és a gyász időszakában.

Haldoklás = Agónia

Biológiai értelemben a haldoklás az ún. intermedier élet, mely a klinikai halál és a szöveti sejtelemek végső pusztulása közti időben folyik le. A haldoklókkal való foglalkozás azon a tényen nyugszik, hogy az egészség vagy betegség végső soron emberi történés, melyben testi, lelki, szociális, vallási szempontok szövődnek össze. A vallási vigaszt nyugodt környezetben – a beteg kérésére – biztosítani kell.

A gondos kezelés és ápolás szokatlanul nagy követelményeket állít azok elé, akik ebben részt vesznek. Minden lehetőséget ismételten felül kell vizsgálni és ki kell használni. Jó kezelés és jó ápolás csak pontos megfigyelés alapján lehetséges. Épp ezért az ápoló személyzet és az orvos között feltétlen szükséges a jó összhang, együttműködés.



A haldokló beteg ápolása közben lényeges dolog, hogy a nővér legyen tudatos és értő. Meg kell értenie a haldoklás és gyászolás folyamatát és érzékenynek kell lennie mindarra, melyen a beteg és családja keresztül megy. Lényeges, hogy együttérzést fejezzen ki a viselkedése, hatékony figyelme legyen és képes legyen szóban is és szavak nélkül is megfelelő módon reagálni.

Az ápolási terv elkészítése során figyelembe kell venni a haldokló igényeit.

*A közelgő halál tünetei:*

Hangos mély légzés, anuria, veritékezés, fedett tudat vagy öntudatlanság.

*A haldokló tüneteinek, szükségleteinek ellátása:*

1. Fáradtság és a fektetéssel járó nyomás által okozott fájdalom:  
Immobilitás esetén a beteget ágyban kell mozgatni és a kényelmi eszközöket szakszerűen alkalmazni. A pihenés érdekében fontos a kényelmes, tiszta, ráncmentes fekhely biztosítása és a gyakori szellőztetés.
2. Fájdalom:  
A fájdalom nem állandó, tapasztalat szerint a délutáni és esti órákban fokozódik. A fájdalomcsillapítás módja nagyrészt a fájdalom intenzitásától függ. A fájdalomcsillapítás az orvos utasítása szerint legyen tervezett, következetes a WHO protokollja szerinti.
3. Szorongás:  
Végső stádiumú betegségekben közös a fizikális és a mentális leromlás. A betegek általában attól félnek, hogy szenvedéseik elhúzódnak és senki sem lesz, aki enyhíti azokat. A szorongás enyhítésére a haldoklóval történő minden beavatkozás, ápolási művelet elvégzése során az ápoló magatartása legyen nyugodt, komoly és szeretetteljes. A haldoklóval beszéd nélkül is lehet kommunikálni!
4. Éhség:  
A súlyos betegek gyakran váratlan óhajokkal állnak elő, szokatlan ételeket kívánnak, melyeket a lehetőségek szerint teljesíteni kell. A beteg állapotának megfelelően segíteni kell a táplálkozási szükséglet kielégítését.
5. A nyálkahártyák nedvesen tartása:  
A szomjúság az utolsó napok leggyakoribb panaszai közé tartozik a szomjúság. A folyadékok pontos adásával lehet csökkenteni. Ügyelni kell a száj és a szem nedvesen tartására.
6. Gyógyszerelés:  
A gyógyszereket minimálisra kell csökkenteni. Marad a fájdalomcsillapító, vízhajtó, esetleg nyugtató. (A vitális paramétereket az orvos utasításának megfelelő gyakorisággal kell ellenőrizni. A haldokló beteg testi higiéniájának biztosítására nagy gondot kell fordítani. Az izzadás okozta panaszokat gyakori lemosással, alkoholos bedörzsöléssel, gyakori ágynemű cserével lehet enyhíteni. A száj ápolására gondot kell fordítani.  
Szükség esetén a légúti váladék kiürítését a beteg állapotának megfelelően kell elősegíteni vagy helyette elvégezni. Orvos utasítására szükség lehet oxigén terápia alkalmazására.  
A beteg ürítési szükségletének kielégítését – melynek módját a beteg állapota

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b></p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

határozza meg- biztosítani kell. Inkontinens beteg esetében az érintett bőrfelület fokozott védelméről gondoskodni kell.)

**7. Magány oldása:**

Igyekeznünk kell, hogy a haldokló beteg mellett mindig tartózkodjon valaki. Lehetővé kell tenni a család kulturált jelenlétét.

**8. Lelki vallási szükségletek biztosítása:**

Ez jelenti a felekezeti hovatartozás szerinti lelkész, pap biztosítását, de jelenti esetleg rokon, barát jelenlétének elősegítését is.

A haldoklás nem csak a haldokló betegnek rendkívül nehéz, hanem a dolgozók számára is megpróbáltatást okoz. A dolgozóknak is nyújtunk lelki segítséget, hogy a kiégést megelőzzük.

**5. Folyamat dokumentumai:**

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Fizioterápia dokumentációs lap,
- Gyógytornász / fizioterápia vizitlap
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

**6. Felelős:**

A szakmai vezető/koordinátor felel a szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az ápoló felel a folyamat szakszerű végzéséért, a szükséges eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A háziorvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	A beteg pszichés vezetése, étkezési tanácsadás, tevékenységek tanítása		ÁP 01-13
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat		

### **ÁP 01- 13 A beteg pszichés vezetése, étkezési tanácsadás, tevékenységek tanítása**

#### 1.Célja:

A beteg testi, lelki, szociális szükségleteinek biztosítása.

#### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

#### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

Általános ápolástan és gondozástan (Bokor Nándor, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest 2014.

#### 4. A folyamat leírása:

##### **A beteg pszichés vezetése**

Az ápolás folyamatában a beteg magasabb szintű szükségletei iránti vágya az egészségre való törekvést is magában foglalja. Az a beteg, aki igényli, hogy ismereteket szerezzen, ezáltal tanuljon betegségével, gyógykezelésével kapcsolatban, annak az is fontos, hogy állapota a lehető leggyorsabban javuljon, s egészsége minél hamarabb helyreálljon. Az ápolónak munkája során szem előtt kell tartania a beteg alapvető szükségletei mellett a magasabb szintű szükségleteit, mert csak ennek ismeretében lesz képes holisztikus ápolás (az ápolás során az ápoló figyelembe veszi az egyén testi, lelki, szociális szükségleteit) nyújtására, a beteg állapotának, közérzetének javítására.

##### *Kommunikáció:*

Az ápolási tevékenység során a beteggel megfelelő kommunikáció, az őszinte beszélgetés alapja lehet a beteg és ápoló közötti jó kapcsolatnak. Ennek eredménye a bizalom. Ha a beteg bíz az ápolójában, sok olyan értékes információt oszt meg vele, amely elősegítheti állapotának gyorsabb javulását.

*Tanulás:*

A tudás, tanulás igénye a betegeknél jól megfigyelhető. Egyes betegeknél a tanulás iránti vágy alapja lehet egyrészt az önállóság megtartása, annak minél hamarabb történő visszanyerése, kiszolgáltatottság érzésének megszüntetése, gyógyulás minél hamarabb történő bekövetkezése. Bizonyos esetekben szinte elkerülhetetlen, hogy a betegek kibújjanak valamilyen elméleti ismeret és gyakorlati jártasság elsajátítása alól gyógyulásuk, egészségi állapotuk, állapotuk rosszabbodásának megelőzése, vagy életmódbeli változtatásuk érdekében.

*A vallás szükséglete:*

A holisztikus ápolás során figyelembe kell vennünk a beteg testi, szociális szükségletei mellett a lelki, szellemi szükségleteit, azon belül vallási igényeit is. A beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani. Már a beteggel való első találkozás alkalmával ismereteket szerezhetünk lelki, vallási szükségleteiről. Az ápoló feladatai közé tartozik, hogy a fizikai ápoláson kívül lelki támaszt is nyújtson a betegnek. Sokszor elegendő, ha hagyjuk a beteget lelki problémáiról beszélni, de mi is érdeklődhetünk erről és ebből származó szükségletei iránt.

*Rekreáció iránti igény:*

A betegek többségénél otthonukban a passzív pihenés dominál, amelyet később a beteg állapotának, igényének, életkorának figyelembe vételével az aktív pihenés vált fel. Törekedjünk a külső zavaró tényezők kiiktatására, kényelmes testhelyzet biztosítására. Előfordulhat, hogy a beteg nem tud elaludni, aminek számtalan oka lehet. Ennek feltárásához hozzájárulhat a család, de az ápoló is, ha időt szakít a beteggel való beszélgetésre, meghallgatja, és így fény derülhet az alvási nehézségek okaira. Az alvási problémák enyhítésére tanácsokkal láthatjuk el a beteget.

*Önellátás, cselekvés igénye:*

Az önellátó képesség hiánya növeli a beteg kiszolgáltatottságát, tehetetlenség érzését, amely önértékelésének alacsony fokával párosulhat, ezáltal állapotának javulását hátráltathatja. Szükségleteinek kielégítési nehézségei miatt a betegnél fellépő pszichés problémák megfelelő odafigyeléssel és gondozással csökkenthetőek, vagy megszüntethetőek. Az ápoló részéről nélkülözhetetlen a jó megfigyelőképesség és az empátia.

**Étkezési tanácsadás**

Ma már köztudott, hogy a táplálkozás egyes betegségek kialakulását megkönnyíti, másokét megnehezíti. Az egészséges táplálkozás szempontjait figyelembe véve számos betegség megelőzhető.

A beteg, leromlott egészségi állapotúak esetén a tápláltsági állapot jelentősége felértékelődik, hiszen kihatással van a gyógyulásra, a betegségek, sérülések, a beavatkozások okozta elváltozások és szövődmények súlyosságára, a terápiás következményekre, azok általános és időbeni lefolyására, mindezek következtében a költségekre, valamint a végső kimenetelre. A tápláltsági állapot diagnosztizálása elsősorban orvosi feladat, de a vizsgálat elvégzésében az ápolónak is szerepe van. A tápláltsági állapot megállapítása szükséges a diagnózis felállításához, és segít a célzott terápia kialakításában, valamint eredménye határozza meg részben a klinikai táplálás szükségességét, melyhez változatos enterális – gyógyászati célra szánt – tápszerek kaphatók a különböző táplálkozási igények kielégítésére.



Az egészséges táplálkozás során annyi energiát juttatunk a szervezetünkbe, amennyire szükségünk van, nem többet, nem kevesebbet. Ez tápanyagok megoszlásának kiegyensúlyozott arányával érhető el. Az energiaszükséglet 12-15%-át fehérjéből, 30%-át zsírból, 55-58%-át szénhidrátból fedezzük. Az egészséges táplálkozásnak az egészség megőrzésében döntő szerepe van. Az, hogy mennyi táplálékra van szükség naponta, az függ az egyén nemétől, életkorától, aktuális testtömegétől, fizikai tevékenységétől, sportolási szokásaitól.

*Az egészséges táplálkozás alapjai:*

- Megfelelő energiabevitel (kor, nem, fizikai aktivitás...)
- Változatos és rendszeres táplálkozás
- Alacsony zsírbevitel
- Gabonák fele legyen teljes őrlésű
- Naponta többször friss zöldség/gyümölcs
- Legjobb választás a víz
- Naponta sovány tej, tejtermék
- Sovány húsok, hetente többször hal és tojás
- 100%-os gyümölcs-, zöldséglevek
- Cukrozott ételek, italok kerülése
- Egészséges nassolnivalók
- Sózás csökkentése

*A táplálkozással összefüggő egészségi állapot:*

- Növekedésünk és szellemi fejlődésünk érdekében a meghatározott energia- és tápanyagmennyiséggel kell ellátni a szervezetünket.
- Az egészséges táplálkozással a nem fertőző betegségek megelőzhetők, a születéskor várható élettartam meghosszabbítható.
- Az egészséges táplálkozás gyerekeknél javítja az iskolai teljesítményt és mérhetően csökkenti a betegség miatti hiányzások számát.
- A táplálkozási szokások a legkorábban kialakuló magatartásformák közé sorolhatók, melyek a későbbiek során már nehezen változtathatóak meg.
- A táplálkozási kockázati tényezők már gyermekkorban is kimutathatók.

**Tevékenységek tanítása**

A szervezet kiegyensúlyozott működéséhez rendszeres fizikai terhelésre van szükség. A mindennapi mozgás elősegíti az egészséges testtartást, javítja a fizikai és szellemi teljesítőképességet.

A mozgás kivitelezését a beteg végezheti:

- önállóan,
- részleges segítséggel,
- teljes segítséggel (helyettesítéssel).

A mozgást, aktivitást befolyásolja a beteg kora, fizikális állapota, betegsége, az alkalmazott terápia. Az ápoló feladata biztosítani a beteg jó közérzetét, aktivitási szükségletének kielégítését. Ezzel megelőzhető az esetleges tartós immobilitás, inaktivitás és az ezekből adódó szövődmények.



*Mobilitás:* az a képesség, amikor az egyén képes önálló, szabad mozgásra.

*Immobilitás:* az egyén nem képes önállóan helyet vagy helyzetet változtatni.

*Aktív helyzetváltoztatás:* az egyén segítség nélkül, egyedül változtatja a helyzetét.

*Passzív helyzetváltoztatás:* a beteg csak segítséggel tudja megváltoztatni helyzetét. Ennek oka lehet pl. a házi orvos tiltja a mozgást, mert a beteg állapotát rontja a mozgással járó fizikai megerőltetés, vagy mozgáskorlátozottsága miatt csak meghatározott mozgásokat tud elvégezni.

A szakszerű mozgatás egyik alapkritériuma, hogy határozottan kell megfogni a beteget, aki így biztonságban érzi magát.

Az ápolók kiemelkedő feladata a betegek magas szintű, egyénre szabott komplex gondozása, mely magában foglalja az egészségi állapot védelmét, mind a fizikai, mind a mentális állapot szempontjából. Fontos feladat, a betegek önellátási képességének minél hosszabb ideig való megőrzése, szinten tartása, aktivitásuk elősegítése, fokozása érdekében. Bizonyos önellátási képességgel még rendelkező beteg részére képességeihez mért segítség, támogatás megadása, tevékenységek tanítása áll előtérben. Az önellátásra teljesen képtelen betegek számára pedig a teljes körű ellátás biztosítása.

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Fizioterápia dokumentációs lap,
- Gyógytornász / fizioterápia vizitlap
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

#### 6. Felelős:

A szakmai vezető/koordinátor felel a szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az ápoló felel a folyamat szakszerű végzéséért, a szükséges eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A házi orvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>			
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Otthoni parenterális táplálás		ÁP 01-14
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>		
Jóváhagyta			
Készült	2024.02.01.	<b>Érvényes</b>	2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>		

## **ÁP 01- 14 Otthoni parenterális táplálás**

### 1.Célja:

Krónikus bélelégelenség esetén az otthonokban ápolott betegek alultápláltságának megelőzése.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálata

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet,

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a bélelégelenten betegek otthoni és kórházi parenterális táplálásáról

### 4. A folyamat leírása:

Az alultápláltság (malnutrició). Az alultápláltság egy vagy több tápanyag relatív vagy abszolút hiányának következtében alakul ki.

Klinikailag több malnutrició forma különíthető el: éhezési, idült betegséghez és az akut betegséghez kapcsolódó.

Az első típus az „egyszerű” éhezés, más néven **starvatio**, amely fizikai vagy súlyos pszichés stressz nélküli elégtelen tápanyagfogyasztást vagy teljes koplalást jelent. Starvatio állapotában az egyén testtömege általában a zsírraktárak kárára fogynak, a zsíroxidáció a respiratórikus kvócienszt a fiziológiás 0,80-os értékről csökkenti (a számlálóban szereplő szén-dioxid-termelés csökkent mértékű ahhoz képest, amit szénhidrát-oxidáció esetén mérhetünk). Ebben az állapotban a zsíroxidáció következtében a ketontestek szérumszintje az élettaninál magasabb, a nyugalmi energiaigény a fiziológiásnál kevesebb, és nem jelentős a testépítő fehérjék fogyása.

Az alultápláltság másik fő típusa a **cachexia**, amelyben az elégtelen tápanyagfelvételhez krónikus vagy akut betegségek formájában fizikai és/vagy pszichés stressz is társul (neopláziás betegség, tartós gyulladás, akut vagy krónikus infekció, szepszis, szeptikus sokk, többszervi elégtelenség, légyszöveti zúzódás, szövetelhalások, súlyos fájdalom, nagyfokú pszichés nyugtalanság, mozgáskorlátozottság, stb. miatt).

A cachexia a starvatiohoz képest azért jelent a beteg számára súlyos, néha közvetlen életveszélyt, mert cachexia közben a testépítő fehérjék bontása és az aminosavak felhasználása

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás</b> Otthonápolási Szolgálat</p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

is zajlik elsősorban gluconeogenesis-sel. Ennek következtében a beteg az izomszövetét veszíti, negatív nitrogénegyensúly alakul ki, hyperglycaemiássá válik. A stresszre adott metabolikus válasz eredményeként fokozódik a szimpatikus idegrendszeri aktivitás, a glucocorticoidok és a glucagon szérumszintje magasabb, miközben a prolaktin, a növekedési és a pajzsmirigy-hormonok termelése csökkent fokú. A glukózfelhasználó sejtek inzulinérzékenysége csökken a magas koncentrációjú cytokinek, eicosainoidok miatt. A felgyorsult leépítő jellegű anyagcsere-folyamatokat összefoglaló néven 11 (hyper) katabolizmusnak nevezzük

A beteg tápláltsági állapotának felmérését dietetikus, ápoló és orvos végzi. A felmérésben szerepelnek az anamnesztikus adatok, az antropometriai mért értékek, a testtömeg, a testmagasság, a felkar körfogat, triceps bőrredő valamint a számított értékek, mint a testzsír %, kg, testtömeg index (body mass index, BMI), bioelektromos impedancia. BMI nem értékelhető jelentős ödéma vagy hasi folyadék esetén. A laboratóriumi értékek normál hidráltság esetén használhatóak: szérum prealbumin, albumin, transzferin, abszolút lymphocyta szám, koleszterin.

#### *A táplálás terápia megvalósítása:*

Amennyiben mód van rá minden beteget enterálisan tápláljunk. Ha a szükségletet fedező enterális táplálás nem valósítható meg, a PT mellett legalább minimális ún. „bélboholy táplálást” (kb. 250 ml/24 óra enterális tápszer) alkalmazunk. A PT felépítése: első nap szükséglet 50%, második nap 75%-a, harmadik naptól 100%.

#### *Felnőttek Otthoni parenterális táplálása:*

Az otthon alkalmazott parenterális táplálással rövid és hosszútávon, akár életfogytiglan is megoldható a bélelégtelen betegek mennyiségi és minőségi tápanyag bevitele. Ezzel a betegek 1/3 teljesen rehabilitálható. Centrumokba szerveződött, OPT-ban jártas szakemberek, a kórházi táplálási team tagjai biztosítják az átmenetet a kórházi és otthoni kezelés között. Biztosítják ezen betegek számára a KPT és az OPT tervezését, felépítését, és ellenőrzését, valamint az OPT kivitelezéséhez elengedhetetlen laikus (beteg és hozzátartozó) oktatást. Az ellenőrzésben részt vesznek az alapellátásban dolgozó orvosok, ápolók, dietetikusok, a területi kórházak és a kivitelezésben átmeneti segítséget nyújthatnak a megfelelő képzésben részesült házi ápolószolgálatok.

#### *Jellemző betegút:*

A területileg illetékes kórházban kezelik a beteget → felismerik a bélelégtelenség fennállását → otthoni PT megszervezése céljából a centrumba (a centrumként működő kórházba) helyezik. A táplálás szempontjából továbbiakban a centrum gondozza a beteget → a centrum kapcsolatban áll a területileg illetékes kórházzal, az ott dolgozó gasztroenterológussal, vagy más kezelőorvossal, illetve hazabocsátás után a házi orvossal, otthoni szakápolást nyújtó szolgálatokkal.

Kontraindikációt jelent, ha a beteg otthonában nincsenek meg a szükséges feltételek: áramellátás, hűtőszekrény, mobil telefon, internet elérhetőség, vezetékes víz, megfelelő fűtés, rovarés rágcsálómentes lakás, megfelelő tisztaság, és a gyermekek elől elzárhatóak legyenek az OPT-hoz szükséges eszközök. A szociális feltételeket a házi orvos bevonásával az OPT



centrumok táplálási team-e vizsgálja. Ha a beteg otthonába nem biztosíthatók a feltételek, de fennáll az OPT indikációja, kórházban ambuláner ellátási formában kell rendszeresen megkapnia a kezelést.

*OPT-hez vezető betegségek:*

Az esetek 50%-ban rövid-bél szindróma miatt kerül sor OPT-kezelésre.

*További lehetséges okok:*

Crohn-betegség, mesenterialis vascularis betegség, mesenterialis daganatok, volvulus, sugár-enteritis, daganatos betegségek, krónikus bélelzáródás, diffúz hasi összenövések, intestinalis pseudo-obstructio, enterális neuropathia vagy myopathia, másodlagos amyloidosis, krónikus bél sipolyok, immunhiányos betegségek, előrehaladott AIDS

**OPT megtervezése:**

Állapotfelmérés, amit a dietetikus, az ápoló és az orvos végez. (anamnézis, testtömeg, testhossz, BMI, és antropometriai mérések). Enterális folyadék-, és táplálék bevitel felmérése az alapbetegség és az állapotnak megfelelően. A laboratóriumi értékek: szérum prealbumin, albumin, transzferin, abszolút lymphocyta szám, koleszterin, nitrogén egyensúly. Vitaminok és nyomelemek szérum szintjének lehetőség szerinti felmérése. Folyadék- és táplálékbevitel vezetése. Állapotfelmérés, laboratóriumi leletek, enterális energiamennyiség bevitel alapján parenterális bevitel megtervezése.

**Gyakorlati szempontok:**

A PT kórházi elindításakor, az OPT-re történő felkészüléskor a betegek még gyakorta súlyosan alultápláltak. Ilyenkor a PT megtervezése az enterális táplálás mennyiségétől, annak hasznosulásától függ. A széklepszám figyelembe vételével következtethetünk a hasznosulásra.

**OPT kivitelezése:**

Az otthoni táplálás kezdetekor metabolikusan és folyadékháztartást tekintve stabil a beteg. Az energiaszükségletet a fenn jelzett energiaigény kisebb értékével számoljuk ki, tehát elegendő a testtömeg alapján számított maximális igény 80%-át kielégíteni (25 kcal/ttkg) (Cevidencia). Ebből le kell vonni az enterálisan hasznosuló (felszívódott) tápanyag energiaértékét. Ez az átlagos súlyosságú bélelégtelen betegekben - kezdetekben - megközelítőleg a bevitt enterális tápanyag 50%-a.

Az egyszerűség miatt háromkamrás all-in-one oldatokat kell előnyben részesíteni, de a flexibilis tápláláshoz szükség lehet a kétkamrás oldatokra és az ehhez adott lipid-készítményekre is (pl.: máj-, veseelégtelenség esetén). A lipid-készítmények közül a SMOF-lipid előnyösebb a cholestasis megelőzésére, bár magas evidenciájú vizsgálatok még nem készültek. Láz önmagában nem igényli a energiabevitel emelését, de a folyadék bevitelét igen!

Hosszú távú PT esetén kötelező vitaminok, nyomelemek adása. Ha a beteg 1500 ml enterális tápoldatot kap már, az a napi nyomelem, és vitaminok szükségletet pótolja, további bevitelre nincs szükség. A zsírban oldódó vitaminok csak lipid emulziókba tehetők be, elegendő másodnaponta! Meg kell fontolni a D-vitamin bevitel csökkentését, ha alacsony a csontsűrűség, a

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás</b> Otthonápolási Szolgálat</p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

szérum parathormon és az 1,25-dihydroxyvitamin D és normál a 25-hydroxivitamin. Osteopenia esetén bifoszfonátok adhatók 3 havonta (B evidencia).

A PT csak akkor hagyható abba, ha a „cél” energiabevitel >60%-t enterálisan be lehet vinni!

Technikai feltételek közül elengedhetetlen a megfelelő vénás kapcsolat (lsd. 3.5), az infúziós pumpa, a szerelések, és az infúziós oldatok biztosítása. A nagy volumenű oldatok, szerelések, kiegészítő eszközök szállításának szervezett biztosítása országos feladat a regionális szempontok 27 figyelembe vételével.

Az OPT nek elengedhetetlen technikai feltétele az **adagoló pumpa**. Az alkalmazott pumpáknál ésszerű kompromisszumot kell kötni a biztonság és kényelem között. A biztonság legfontosabb követelményei: – széles határok közötti volumetrikus pontosság; – ne legyen hirtelen leállás (megbízható akkumulátor); – ne legyen szabad folyás; – biztosítsa a véna átjárhatóságát (‘‘keep vein open’’ funkció); – hallható és írásos kijelzéssel ellátott alarm (pl. levegőbuborék a szerelékben, elzáródás, nyomásváltozás, dózis limit, lemerülő akkumulátor).

*A megfelelő életminőség biztosításához szükséges egyéb kívánalmak:*

Egyszerű kezelhetőség a szerelék berakásánál és légtelenítés funkció az indításnál, az infúziós sebesség előre történő kiválaszthatósága, programozott lépcsőzetes áramlási sebesség változtatás indításkor és befejezéskor, minimális fals alarm, minimális motorzaj, tömeg és térfogat, hordozó/fogó-fül, infúziós állványhoz történő megfelelő rögzítési lehetőség. A hordozható pumpák széleskörű elérhetősége jelentősen javítja az életminőséget. A meghibásodott pumpát elfogadható időn belül (kb. 4 óra) cserélni kell, vagy otthonra egy másik pumpát kell biztosítani a betegnek. Évenkénti pumpa szervizelés szükséges. A szükséges ellátmányt ki kell szállítani a családoknak.

### **OPT ellenőrzése:**

Rendszeresen ellenőrizzük a beteg általános állapotát, testtömegét, antropometriai adatait, fizikai terhelhetőségét, pszichés állapotát (alvászavar gyakori), és laboratóriumi paramétereit, valamint a CVK állapotát. Információt szerzünk az infúzió kezeléséről, az eszközök használatáról. A kontroll kezdetben havonta, majd 3-6 hónap között javasolt.

Otthon táplált beteg 1-3 hónap közötti kontrollja alkalmával elvégzendő vérkép, elektrolitok, vese-, és májfunkció, vas, albumin vizsgálatok és az antropometria adatok ellenőrzése. A rendszeres 28 kontroll vizsgálatok során az alapbetegséggel összefüggő paramétereket (C-evidencia), az infekciót jelző CRP-t is ellenőrizni kell (C-evidencia). A vitaminok (A, D, E, K), nyomelemek (cink, réz, szelén) szintjét elegendő 6 havonta, a 1-25 dihydroxivitamin, parathormon, folsav, B12 vitamin, a szérum citrulin, arginin és glutamin szintjének ellenőrzése félévente, a csont denzitometria kontrollja évente szükséges (C-evidencia). Minden alkalommal feltétlenül meg kell vizsgálni a CVK-t és környékét.

### **A beteg és/vagy hozzátartozó oktatás a centrumban:**

A képzéseket megfelelő oktatási programokkal fekvőbeteg gyógyintézetben, ún. OPT központokban célszerű elvégezni, de szükség esetén otthon is kivitelezhető. Időtartam 2-4 hét (C-evidencia). Az oktatásban a kórházi táplálási team, vagy általuk kijelölt, akkreditált



oktatásban és táplálásban egyaránt járatos személyek vehetnek részt: a beteget gondozó orvos, intenzív terápiás orvos, ápolók, dietetikus. Gyakorta szükséges pszichológus segítségét is igénybe venni. Az oktatási programokat egyedi broszúrákkal vagy videofelvételekkel és betegszervezetek bevonásával lehet eredményesebbé tenni. Az oktatás keretében elsajátított ismeretekből a táplálást végző személynek vizsgát kell tennie, és a vizsgát dokumentálni kell. Ezen túl az OPT-re felkészült betegnek vagy a hozzátartozónak írásbeli nyilatkozatot kell tennie, hogy elsajátította az ismereteket. A házi orvosokat, házi gyermekorvosokat és a területi kórház személyzetét be kell vonni az OPT terv részleteibe a további közös ellátásba érdekében. A táplálási központ KTT-e a területi kórházat megfelelő útmutatókkal látja el, amely összefoglalja a sürgősségi teendőket (pl. láz, pumpa, vagy kanül probléma esetén). A beteg és hozzátartozója számára biztosítani kell a KTT egy kijelölt tagjának, a gondozó orvosnak, szabadsága esetén helyettesének állandó elérhetőségét (telefon, email, skype) is. A betegek számára alapvető biztonságot jelent a megfelelő kapcsolattartási lehetőség. A beteg otthonába bocsátása előtt házi orvosát, házi gyermekorvosát értesíteni kell az OPT-ről telefonon, és zárójelentésben írásos formában is.

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program,
- Szakápolás/gyógytornát elrendelő lap,
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Ápolási lap,
- Otthoni parenterális táplálás felmérő és követő lap.
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

#### 6. Felelős:

A szakmai vezető/koordinátor felel a szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.

Az ápoló felel a folyamat szakszerű végzéséért, a szükséges eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

A házi orvos, szakorvosok, dietetikus, táplálási központ kórházi táplálási team felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Az otthoni szakápolás dokumentációs rendjének vezetése	ÁP 01-15
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta	<b>Fazekas Hajnalka</b>	
Készült	2024.02.01.	Érvényes 2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

## **ÁP 01-15 Az otthoni szakápolás dokumentációs rendjének vezetése:**

### 1. Célja:

Az otthoni szakápolás dokumentációinak pontos és szakszerű vezetése.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 4. számú melléklete,

### 4. A folyamat leírása:

A dokumentációs rendről fontos megjegyezni, hogy nagyon pontos és alapos, nagyodafigyeléssel végzett precizitást igénylő dokumentációt vár el a szolgálat vezetője/koordinátora a kollégáktól. Hisz a team tagjai önállóan végzik munkájukat, nem áll mellettük nap-mint nap egy orvos, ezért bármilyen változást tapasztalnak a beteg egészségi állapotában, azt szigorúan dokumentálniuk kell. És ha az negatívan hat a beteg gyógyulására, haladéktalanul értesíteni kell az elrendelő háziórvost. A dokumentációs rendben vannak olyan dokumentumok, melyeket az ápolói személyzet vezet, de a gyógytornászoknak is vezetniük kell és vannak olyan dokumentumok, melyeket csak és kizárólag a gyógytornászok vezetnek.

### 5. Folyamat dokumentumai:

#### **I. Szakápolási Elrendelő lap:**

A javaslattételt a kezelőorvos (egészségügyi intézet/szolgálat orvosa) kezdeményezi leggyakrabban telefonon, vagy a zárójelentésen rögzíti. A beteg vagy hozzátartozója szintén érdeklődhet telefonon, vagy személyesen a szakmai vezetőnél /koordinátornál. A szakmai vezető/koordinátor dönt az ellátásba vételről, az orvosi utasítás végrehajtásának módjáról, az ellátást végző személyéről. A beteg felvétele a Megrendelő lap / Betegfelvételi lap írásával kezdődik.

A beteg felvételekor a koordinátor, vagy az általa megbízott szakápoló/gyógytornász megy el a javaslattételt és az elrendelést kezdeményező orvoshoz. Az orvos kitölti és aláírja a Szakápolást elrendelő lapot. A koordinátorral/szakmai vezetővel személyesen is egyeztetni a kezelési tervet.



- Ezen a dokumentumon megtalálható a szolgáltató neve és címe, aki a szolgáltatást végzi.
  - Az elrendelt beteg neve, lakcíme, telefonszáma, társadalombiztosítási jele, születési adatai.
  - A beteg fekvőbeteg- intézeti ápolást indokoló diagnózisa (BMO-10)
  - Kórházi kezelés időtartama tól-ig.
  - Szakápolás elrendelésének dátuma
  - A beteg szakápolásba vételének dátuma,
  - Meghosszabbítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma,
  - Hányadik „Folyamatos elrendelés”
  - A beteg alapbetegségének BNO-10 kódja,
  - Kísérő betegségeinek BNO-10 kódja,
  - Szakápolás elrendelését indokoló diagnózis BNO-10 kódja,
  - Ellátást befolyásoló tényezők (Z 00-Z99)
  - Elrendelt vizitek száma,
  - Gyakorisága,
  - A beteg ápolásáért felelős szakápoló neve,
  - Az ellátás típusa: szakápolós, szakirányú szolgáltatás (gyógytorna, fizioterápia),
  - A beteg általános állapota: teljes ápolásra szorul, részleges ápolásra szorul, vagy önellátó.
    - Az orvos szakápolásra vonatkozó elrendelése- a tevékenység megnevezésével,
    - Elrendelést javasló orvos neve, pecsétszáma,
    - Elrendelő orvos neve, pecsétszáma,
    - Háziiorvosi szolgálat kódja,
    - Az elrendelés és a dokumentum kiállításának dátuma.
    - Az elrendelő orvos aláírása és pecsétje.
    - A beteg a szakápolás elfogadásának nyilatkozattétele és a szolgálat munkavégzésének megismerését igazoló saját kezű aláírása szerepel.

Infúzió beadását folyadékpótlás céljából intenzív terápiás szakasszisztensi-, OKJ-s ápolói végzettséggel rendelkező munkatárs végezheti, ha az orvostól Megbízólevelet kapott.

A betegnél az elrendelés napján, de legkésőbb 2 napon belül megtörténik a felvétel (sürgős esetben azonnal). Az első látogatást a lehetőségek szerint mindig egyeztetik telefonon a beteggel, vagy a hozzátartozójával. A későbbi találkozások személyes megbeszélés tárgyát képezik.

## II. Ellátás tervezése:

- Ezen a dokumentumon megtalálható a beteg neve és TAJ száma,

<p><b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b></p>	 <p><b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b></p>	<p><b>5630 Békés, Verseny u. 7.</b></p>
-------------------------------------	---	---

- Az elrendelt beteg által szedett gyógyszerek neve, gyakorisága, a bejuttatás módja,
- A kezelési utasítások,
- Célkitűzések,
- A tervezett szakápolós megosztása és gyakorisága,
- A tervezett gyógytorna/ fizioterápia megosztása és gyakoriságára tett utasítások,
- Az elrendelés és a dokumentum kiállításának dátuma.
- Az elrendelő orvos és ápolásszakmai vezető aláírása és pecsétje.

### **III. Ápolási Anamnézis**

Ezen a dokumentumon a beteggel kapcsolatos teljes körű anamnézist megtaláljuk, ami a szomatikus állapotára kihat. Az alábbi adatok szerepelnek rajta részletesen dokumentálva:

- Az elrendelt beteg neve, TAJ száma, a legközelebbi hozzátartozó neve, telefonszáma, a házi orvos neve, telefonszáma.
- Ezen a dokumentumon megtalálható a beteg gyógyszerérzékenysége, allergiája,
- Az elrendelt beteg testalkata, amit FNO kóddal is meg kell adni,
- A beteg vérnyomás értéke Higanymilliméterben, pulzusa/percben, testhőmérséklete C fokban.
- Bőr épsége FNO-ban és írásban is,
- Légzés FNO-ban és szövegesen is,
- Mozgás FNO-ban és szövegesen is,
- Érzékelés FNO-ban és szövegesen is,
- Táplálkozás FNO-ban és szövegesen is,
- Mentális állapot FNO-ban és szövegesen is,
- Alapápolási Igény FNO-ban és szövegesen is,
- Fájdalom FNO-ban és szövegesen is, valamint Keele-féle skálán jelölve,
- Emésztés FNO-ban és szövegesen is,
- Kiválasztás/ ürítés széklet és vizelet egyaránt az FNO-ban és szövegesen is,
- Alvás FNO-ban és szövegesen is,
- Kommunikáció FNO-ban és szövegesen is.

### **IV. Ápolási lap**

Minden egyes vizitet kötelezően dokumentálni kell az ápolási lapon. A szakápoló a vizitek alkalmával magával viszi, és a beteg otthonában, az ellátás végeztével dokumentálja az ellátott feladatot, melyet a beteg és az ápoló aláírásával igazol. Tartalmazza az elvégzett tevékenységeket, a gyógyszerelést, a beteg aktuális állapotát, a mért paramétereket, észrevételeket, az érkezés- és távozás idejét. Az ápolási lapot a szakápoló minden hónap végén, ill. a határozott idő lejáratá után lead a szakmai vezetőnek /koordinátornak.



## V. Sebállapot felmérő lap

## VI. Decubitus rizikó felmérés (Bővített Norton-skála)

## VII. Decubitus felmérés II.

## VIII. Fizioerápia dokumentációs lap

### 1. Ízületi mozgásvizsgálat:

Ez a dokumentum, melyet a beteggel való találkozás első alkalomával, azaz az első viziten és az utolsó vizit végén is ki kell tölteni a gyógytornásznak. Ez a gyógytorna szempontjából az egyik legfontosabb dokumentum. Itt jól látszik, hogy milyen munkát végzett a gyógytornász. Pontos mérésekkel támassza alá, hogy milyen volt a beteg izomereje, izomtónusa és rehabilitációs szempontból a beteg helyzetváltoztatása a gyógytornát megelőzően, valamint a vizitek befejezésének végén.

- A dokumentum első kérdése az ízületi mozgásvizsgálatra terjed ki. Itt meg kell nevezni a vizsgált ízületek nevét, irányát, meg kell adni mértékét fokokban, a korlátozottság okát, és be kell írni a vizitek végén elért eredményt. Ha ez a felmérésnél töltődik, akkor az akkori állapotot kell megadni fokokban.

- A dokumentum második kérdése az izomtónus vizsgálatára terjed ki. Meg kell nevezni az érintett területen lévő izmokat, hypotóniáját, normális tónusát, hipertóniáját, és a végén az elért eredményt.

- A dokumentum harmadik kérdése az izomerő vizsgálatára terjed ki. Itt meg kell adni azokat az izmokat, melyeket tornáztatni fogunk és egy skálán értékelni kell, hogy mekkora az adott izom ereje. A skála 0-tól 5-ig értékelhető. 0= nincs működés, 1= nonproduktív működés, 2= gravitáció kikapcsolásával, 3= gravitáció ellenében, 4= ellenállással, 5= teljes értékű működés.

- A dokumentum negyedik kérdése a Rehabilitáció felmérés és értékelés. Itt egy táblázatban vannak felsorolva helyzetváltoztatásos helyek, melyekhez meg kell adni az adott időben (Pl. ápolásba vételkor, illetve a vizitek befejezésének pillanatában) a beteg önállóan, segítséggel, segédeszközzel, vagy egyáltalán nem képes kivitelezni.

- A dokumentum utolsó kérdései az alsó és a felső végtagok vizsgálatára, valamint egyéb funkciók vizsgálatára terjed ki. Valamint megfogalmazza a mozgásterápia aktuális célját. A vizitek végén, meg értékeli, hogy sikerült-e a célt elérni, vagy sem. Az aktuális dátum és a gyógytornász aláírása nem hiányozhat a dokumentációról.



## 2. Gyógytorna és fizioterápia felmérő és elrendelő lap:

Ez a dokumentum nagyon fontos része a gyógytornász munkájának. Ugyan ezt a dokumentumot nem a gyógytornász vezeti, nem is ő tölti ki, hanem a szakorvos, aki javaslatot tesz az otthoni gyógytornára.

- A dokumentum tartalmazza a beteg nevét, TAJ számát,
- Az elrendeléshez szükséges: elrendeléshez szükséges diagnózist (BNO-10), elrendelt tevékenységet, vizitek számát, gyakoriságát.
- A kísérő betegség/szövődmény diagnózisát, sebészeti beavatkozás dátumát, megengedett terhelés mértékét, fájdalom helyét, jellegét.
- A segédeszközök, protézisek: igényét, fajtáját, protézisek, sínek fajtáit.
- Alkalmazandó fizioterápiás eljárások javaslatát.
- A kiállítás dátumát és a szakorvos nevét, aláírását és pecsétjét. Mint már említettem ez a dokumentum egy írásos javaslat a beteg gyógytornáztatásával kapcsolatban. Pontosan meghatározza, hogy a beteg melyik testrészét és milyen intenzitással kell, vagy lehet tornáztatni.

## 3. Gyógytornász/ Fizioterapeuta Vizitlap:

Ez a dokumentum tartalmazza a beteg nevét, TAJ számát, lap sorszámát, valamint egy táblázatban 14 sorra osztva a dátumot, amikor a gyógytornász a betegnél járt, a végzett tevékenység leírását, észrevételeit valamint az érkezés és távozás időpontját, az időráfordítást és a gyógytornász aláírását. A vizit végén az elért eredmények összesítését. A teljesített vizitek számát, a beteg általános állapotát, további javaslatokat, valamint esetleges vizitigényt. A dátumot és az ápolásszakmai vezető és a gyógytornász aláírását.

## IX. Ápolás Lezárása / Zárójelentés:

Ez a dokumentum tartalmazza a beteg nevét, TAJ számát, lap sorszámát, valamint az ápolás során bekövetkezett változásokat, eredményeket, a javult funkciókat, esetleges állapotromlás okát, kórházba kerülés okát, idejét, Exitus oka, ideje, ápolás/gyógytorna befejezésének oka, ideje, ápolás folytatásának indoka. Dátum és az aláírások nem hiányozhatnak róla.

## X. Otthoni parenterális táplálás felmérő és követő lap:

## XI. Szakápolási Egyéni Elszámoló Lap:

Ez a dokumentum tartalmazza az elszámolási időszakot, év, hó, lap sorszámát, a szolgáltató nevét, címét, telefonszámát, a szakápolásért felelős személy nevét, a beteg nevét, TAJ számát, születési adatait, fekvőbeteg intézményben töltött időt tőlig, ápolási diagnózisát valamint alaptergység diagnózisát, kísérő betegségének diagnózisát, szakápolást indokoló diagnózisát, ellátást befolyásoló diagnózist. Elrendelt vizitek számát, eddig teljesített vizitek számát,



hányadik folyamatos elrendelés, valamint a beteg önellátásra képességének állapotát. A táblázat alján fel kell tüntetni, az elvégzett összevizek számát. A fő tevékenységet is be kell jelölni a dokumentumon erre a célra készített táblázatban, majd a dátum és az aláírás sem maradhat le róla. A dokumentumot a szolgálat vezetője és a szakápoló/gyógytornász is alá kell, hogy írja.

#### 6. Felelős:

A szakmai vezető/koordinátor felel a dokumentációs rend szakszerű és pontos vezetéséért, ellenőrzéséért.

Az ápoló felel a pontos, megfelelő dokumentálásért.

A házi orvos felelős a szakápolási tevékenység elrendeléséért, lezárásáért.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Higiénés kézfertőtlenítés	ÁP 01-16
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta		
Készült	2024.02.01.	Érvényes 2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

## **ÁP 01-16 Higiénés kézfertőtlenítés**

### 1. Cél:

A kéz bőrfelületen lévő tranziens (átmeneti) mikroflóra elpusztítása, inaktiválása. Fertőzési lánc megszakítása. A kézzel átvehető nosocomialis fertőzések megelőzése.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet, Kézhygiéné a bentlakásos szociális intézményekben (EPINFO 2014. július 04. 21. évf. 26. sz.),  
A kézhigiéne gyakorlata az egészségügyi és az ápolást végző szociális szolgáltatásokban (2010. november 10. 17. évf. 2. sz.),  
Szívügyünk a kézhigiéné (WHO oktatóanyag 2011.),  
Módszertani kézikönyv 2018. ÁEEK („Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” projekt Betegbiztonsági alprojekt ÁEEK munkacsoport EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001)

### 4. A folyamat leírása:

**Kézhigiéné indikációi:** Az ellátott érintése előtt. A szeptikus beavatkozás előtt. Az ellátott váladékaival, vérrel történő expozíció után. Az ellátott érintése után. Az ellátott környezetének érintését követően.

Új dolgozó munkába állását megelőzően a szakmai vezető/koordinátor intézkedik a higiénés kézfertőtlenítésre vonatkozó oktatás megtartásáról.

### **Előkészítés:**

A nővértáskákban folyamatosan rendelkezésre állnak a szükséges fertőtlenítő/kéztisztító szerek, külön előkészítést nem igényelnek.

### **Kivitelezés:**

Lehetőleg két fázisban kell, hogy történjen a kézfertőtlenítés, így biztosítható leginkább, hogy hatékony és gazdaságos legyen a kézhigiénés protokoll alkalmazása. A módszer lényege, hogy különválasztja a kézmosást a kézfertőtlenítéstől.



Amennyiben látszólag is szennyezett a kéz, úgy **kézmosás** szükséges, amihez egy lágy, lehetőleg színezék- és illatanyagmentes, nem biocid hatású szappan szükséges. Ekkor a szennyeződések eltávolítása a fő szempont. Minden egyéb esetben pedig, amikor szükséges kezet fertőtleníteni, az alkoholos kézfertőtlenítő folyadék használata javallott. A kézfertőtlenítő esetében fontos kiemelni, hogy alkoholos kézfertőtlenítőket ajánlanak, mivel az egyetlen olyan kézfertőtlenítő hatóanyag, mely teljes mértékben elpárolog a kézről, így nem okozhat rezisztenciát a kórokozók között (pl.:Sterilium).

#### **Kézfertőtlenítés (alkoholos kézbedörzsölés):**

Gyors, egyszerű, rutinszerűen alkalmazható eljárás, víz hozzáadása nélkül. Az alkohollal alapú kézfertőtlenítő szert oly módon kell bedörzsöléses módszerrel a kézre vinni, hogy az a kéz teljes felületét belepje, és semmilyen rész ne maradjon ki. Egyszeri adagja 3-5 ml. A folyamat végén a kezeket leöblíteni, lemosni, törölni tilos, a szert hagyni rá kell rászáradni a kézfelületre. Alkoholos kézbedörzsölést kell végezni általában, ha a kéz láthatóan nem szennyezett, az ápolással történő érintkezés előtt és után, valamint az ápolott tárgyainak érintése után.

#### **Dokumentálás:**

A kézhigiénére vonatkozó gyakorlati oktatás megtörténtét minden dolgozó számára belépéskor, majd az évente folyamatosan működő gyakorlati oktatás tényét dokumentálni kell. A higiénés kézfertőtlenítésre vonatkozó Módszertani Kézikönyv (tájékoztató anyagok) az intézmény valamennyi irodájában rendelkezésre állnak.

#### **Egyedi esetek kezelése:**

Spóráképző bakteriális fertőzések, clostridium okozta infekciók vagy annak gyanúja esetén az alkoholos bedörzsölés ezen indikációkban nem elégséges. Ekkor kézfertőtlenítő kézmosást kell végezni egy fázisban.

#### **Fertőtlenítő kézmosás (tisztítás és fertőtlenítés egy fázisban):**

Egyfázisú tisztító és fertőtlenítő szerrel feloldjuk és eltávolítjuk a kézen lévő szennyeződések és elpusztítjuk a mikroflórát. 3 ml szerrel 1 percig bedörzsöljük a kezeket, kb. egy percig végezzük, majd langyos vagy hideg folyóvízzel a kezet többször leöblítjük, majd egyszerhasználatos törölkendővel szárazra töröljük.

#### 5. Folyamat dokumentumai:

- Higiénés utasítás/infekciókontroll kézikönyv
- Dokumentáció a higiénés kézfertőtlenítés oktatásának megtörténtéről

#### 6. Felelős:

- Szakmai vezető és minden dolgozó, aki a szolgálatnál betegek ellátásában részt vesz.
- A szakmai vezető/koordinátor a szükséges anyagok, eszközök rendelkezésre állásáért, alkalmazásáért felelős.
- A higiénés kézfertőtlenítés betartásáért minden ellátottal közvetve, vagy közvetlenül érintkező dolgozó felelős.

<b>ÁPOLÁSI PROTOKOLL</b>	 <b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	5630 Békés, Verseny u. 7.
------------------------------	--	------------------------------

<b>Ápolási Protokoll</b>		
<b>Ápolási protokoll neve</b>	Sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői	ÁP 01-17
Kidolgozta	<b>Komlósiné Schlett Anikó</b>	
Jóváhagyta		
Készült	2024.02.01.	Érvényes 2026.02.01.
Szervezeti hatálya	<b>Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat</b>	

## **ÁP 03-13 Sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői**

### 1. Cél:

Életveszélyes, sürgősségi állapot azonnali felismerése, ellátása, szövődmények elkerülése.

### 2. Alkalmazási terület:

Remény és Gondoskodás Otthonápolási Szolgálat

### 3. Hivatkozások:

Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan-gondozástan 2.,

Ekin Perry Potter: Ápolói beavatkozások és műveletek,

Tulassai Zsolt: Belgyógyászat alapjai 1-2.,

Hunka Balázs-Kisiván Csaba: Elsősegélynyújtás kézikönyve 2018.,

### 4. A folyamat leírása:

**Sürgősségi esetek meghatározása:** „Az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában, a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.” A sürgős (akut) és a belgyógyászati balesetek sürgősségi ellátást igényelnek.

**Újraélesztés, eszméletlen beteg ellátása:** Újraélesztés – reanimáció: a megszűnt vitális működések pótlása, a légzés és vérkeringés pótlása. Itt mindenekelőtt két kérdésre kell választ adnunk: a) kit reanimáljunk, b) meddig reanimáljunk.

#### **Alapvető életjelenségek:**

- Keringés - a pulzus a verőereken tapintható lüktetés, melyet a szív működése, összehúzódása és elernyedése eredményez. Élettani helyzetben egy felnőtt ember normál pulzusszáma percenként 60-80.

- Légzés az oxigén felvételét és a széndioxid leadását jelenti, hiszen oxigén nélkül a sejtek működése lehetetlen. Felnőtt ember nyugalmi helyzetben 14-16-szor vesz levegőt.

**Klinikai halál:** A légzés vagy keringés megszűnése után néhány percig a sejtek életképesek maradnak. Ugyanis testünk sejtjei 4-4,5 percig képesek kibírni oxigén és tápanyag nélkül. Amikor a testben leállt a légzés-keringés, a sejtek a véstartalékokat használják fel. Ebben az esetben még van remény az életfunkciók helyreállítására, amennyiben haladéktalanul megkezdjük az újraélesztést. Ez a néhány perces állapot a klinikai halál állapota.

### **Biológiai halál:**

A biológiai halál beállása nem egyik pillanatról a másikra következik be, hanem, mintegy folyamat vége. A halál a légzés és keringés megszűnésével egy időben kezdődik el. A sejtek bizonyos ideig oxigén nélkül még életre kelthetők, visszafordítható az állapot. Ez a folyamat 4-4,5 percig tart. Ez idő eltelte után az egész szervezetre kiterjedő sejthalál esetén biológiai halál állapotába kerül a test. Az életműködések visszafordíthatatlanul megszűnnek.

A magyar jog szerint halálnak tekintendő: amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljesen megszűnt, melynek következménye a szervezet visszafordíthatatlan felbomlása.

**A biológiai halál biztos jelei:** hullafoltok, hullanerevség, a test bomlása, hullaszag, mumifikálódás, a test kiszáradása, az étellel összeegyeztethetetlen sérülések.

### **Újraélesztés folyamata:**

- Amennyiben tehát találunk egy beteget, sérültet, aki nem tűnik eszméleténél lévőnek, az elsődleges teendő annak megállapítása, hogy biztonságos-e a környezet, nem áll-e fenn pl.: áramütés veszélye.

- Amennyiben biztonságosan megközelíthetem, megérinthetem a beteget, meg kell vizsgálni, hogy eszméleténél van-e.

- **Eszméletlenség vizsgálata:** Hangos megszólítás „mi történt?“, „segíthetek?“ Vállakat óvatosan megrázzuk, közben figyeljük a beteg reakcióképességét, ha az illető nem eszméletlen, akkor válaszol a kérdésünkre, külső ingerekre reagál, akaratlagos mozgást végez, szemét kinyitja. Ha semmilyen reakciója nincs a betegnek, **SEGÍTSÉGÉRT** kell kiabálni, mert ha tudunk segítséget hívni, nem kell magára hagynunk a beteget.

- **Légutak felszabadítása,** a beteget fordítsuk a hátára, ellenőrizzük a beteg szájüregét, de a beteg szájába akkor kell belenyúlni, ha szemmel látható, légzést akadályozó idegen anyag pl. hányadék van benne. Az eszméletvesztésből eredő légút elzáródását megszüntethetjük a fej enyhe hátrahajtásával, áll kiemelésével.

- **Életjelenségek vizsgálata:**

**Szívverés:** A pulzus tapintásával történik, tapintjuk és érezzük a szív lüktetését az érfalon keresztül.

**Légzés:** A beteg arca fölé hajolok, arcommal a beteg mellkasa felé tekintek, és 10 másodpercig figyelem a beteg légzését. Hármasszempével ellenőrizzük a légzést: a légző mozgások, mellkas emelkedésének figyelésével- „látom“, a légzés hangjának hallgatásával- „hallom“, a beteg által kifújott levegő érzékelésével - „érezem“. Ha 10 másodpercig vizsgáljuk, akkor az ideális légvételek száma: 2-3. A légzés normálisnak tekinthető, ha nem nagyon gyér, 10 mp alatt minimum két légzés van, nem erőlködő, nem hörgő, sípoló.

- Amennyiben a betegnek nincs kielégítő légzése a következő feladat a **MENTŐHÍVÁS!**

### **Kivitelezés:**

#### **Újraélesztés megkezdése:**

- 30 mellkasi kompresszió - térdelve helyezkedünk el a beteg mellett, válla magasságában, aki kemény alapon van fektetve,

- egyik kéztövünket helyezük a mellkas közepére, a szegycsont alsó felére úgy, hogy az ujjaink a beteg túldoldala felé nézzenek,

- helyezük a másik kezünk kéztövét a mellkason lévő kéztőre felülről, ujjainkat kulcsoljuk össze, de figyeljünk arra, hogy az összekulcsolt ujjakat eltartsuk a mellkastól,



- kinyújtott könyökkel végezzünk 30 kompressziót, melyet közben hangosan számoljunk,
  - a mellkast legalább 5 cm-re nyomjuk le, de ne legyen több a lenyomás 6 cm-nél,
  - a mellkast minden nyomás után teljesen föl kell engedni, nem tartható lenyomott állapotban a kompressziók között, de a kezünket nem emelhetjük fel a mellkasról,
  - percenként legalább 100, de nem több mint 120 legyen a mellkasi kompressziók száma,
  - 2 befúvás szájból szájba, vagy szájból orrba,
  - amennyiben egyedül végzem az újraélesztést, kissé följebb térdek a fej mellé, a fejet kissé hátraszegezem úgy, hogy egyik kezemmel a beteg homlokát, a másikkal az áll alatt fogom meg, hogy felszabadítsam a légutakat,
  - a homlokán lévő kéz mutató és hüvelykujjával befogom a beteg orrát,
  - hátraszegezett fejjel kinyitom a beteg száját, vegyünk lélegzetet,
  - a szánkat illesszük szorosan a beteg szájához, hogy ne maradjon sehol rés, és fújjuk be a levegőt a betegbe,
  - a befúvás kb. 1 másodpercig tartson,
  - a befúvás után kissé megemeljük a fejünket, és a beteg mellkasa felé nézve figyeljük a mellkas süllyedését,
  - közben ismét vegyünk levegőt és ismételjük meg a befúvást még egyszer,
  - ezt követően gyorsan tegye vissza a mellkasra a kezét, és kezdje a 30 kompressziót,
  - a 30:2 arányban végzett mellkasi kompresszió: befúvásos lélegeztetést végezze folyamatosan mindaddig,
  - amíg nem észleli, hogy a beteg mozog, kinyitja a szemét, köhög,
  - a beteg légzése visszatér, amíg megérkezik a mentő,
  - amíg el nem fárad olyan mértékben, hogy az újraélesztés már hatástalan az ő részéről.
- Nemzetközi szinten a szájból - szájba történő lélegeztetés az ajánlott. Elfogadott azonban, a nálunk sokkal inkább elterjedt szájból - orrba történő befúvás is. Ebben az esetben: az állat fenntartó kézzel tartsuk becsukva a száját, és szintén a hátraszegezett fejnél az orrba történjen a levegő befúvása.
- Amennyiben azt észleljük, hogy a betegnél a befúvás nem kivitelezhető, a mellkasi kompressziót mindenképpen végezze az elsősegélynyújtó.

#### **Az újraélesztés kimenetele:**

**Hatásos:** Ha a lélegeztetések során a mellkas emelkedik és süllyed a befúvás hatására, ha a mellkasi kompresszió hatására a centrális pulzus tapintható.

**Eredményes:** A beteg bőre színe normalizálódik, pupilla szűkül.

**Sikeres:** Az életjelenségek spontán visszatérése tapasztalható.

#### **Mentőhívás: 112 telefonszámon.**

- bemutatkozás, név, ki vagyok, honnan telefonálok,
- mi történt, esemény jellege, újraélesztést megkezdtük-e,
- hol történt, pontos helyszín, ismert épület, intézmény, ismertető a helyszínről,
- hogy könnyebb megközelíteni a helyszínt,
- milyen a sérült állapota, és milyen sérülések vannak, milyen állapotban van,
- hány sérült van, milyen sérülésekkel, hozzávetőleges állapot,
- vérzés, eszméletlen, beszél,
- veszélyes-e a helyszín,
- ha szükséges, kérjünk műszaki mentést pl. beszorult a sérült,
- hol várom a mentőt,
- minden kérdésre választ kell adni, amit a mentésirányító megkérdez.



**Az eszméletlenség életveszélyes állapot**, mert az izmok tónustalanná válnak, a nyelv hátraeshet, a sérült megfulladhat. A szájüregbe került idegen anyag a légutakba kerülhetnek, fulladást okozhatnak. A reflexek csökkennek, vagy teljesen megszűnnek, pl: köhögési reflex. A szájüregben felgyülemlett váladék - nyál, vér, hányadék, - nem tud távozni, tüdőbe kerülve fulladást okozhat.

**Eszméletlenség tünetei:** védekező reflexek hiánya, reakcióképtelen, a külső ingerekre, fájdalomingerre nem reagál, akaratlagos mozgása nincs, pupilla tág, fénymerv.

**Esetleges sérülések kizárása megtekintéssel és tapintással:** a koponyánál kezdjük, tapintsuk végig a tarkó tájékát, nyakat, majd óvatosan tapintsa végig a mellkast, ezután a has tájékán kell meggyőződni, hogy nincs e jelentős sérülés, a medence vizsgálatánál a csípőlapátokra helyezze két kezét, a combcsont mozgatása nélkül, tapintsuk végig a lábakat, így keresve az elváltozásokat az alsó végtagon. Ugyanígy végig kell tapintani a felső végtagokat is. Átjárható légutak biztosítása stabil oldalfektetéssel, amennyiben annak nem áll fenn kontraindikációja, ha nem lehetséges az oldalfektetés, akkor az ál kiemelésével biztosítjuk az átjárható légutakat. Hívjunk MENTŐT!

**Stabil oldalfektetés:** A stabil oldalfektetéssel elérhető a légutak szabadon tartása, a nyelv nem zárja el a légutat, az esetleges váladékok ki tudnak folyni a beteg száján, a beteg/gondozott nem mozdul el, a légzése folyamatosan vizsgálható, szükség esetén újra könnyen hanyatt helyzetbe hozható.

**Kivitelezés:** Meggyőződés a légzés és keringés kielégítő voltáról. Vegye le a beteg szemüvegét. Térdeljen le a hanyattfekvő személy mellé, és nyújtsa ki annak mindkét lábát. A beteg közelebb fekvő karját, könyökében derékszögben hajlítva, tenyere felfelé nézzen. A beteg túloldali karját a csuklóban megragadva húzza át a mellkas előtt és a saját, a beteg feje felőli kezének tenyerét a beteg tenyeréhez illesztve, annak kézháti részét szorítsa a beteg önhöz közelebb eső arcélének oldalához. A beteg fejét így folyamatosan támasztva annak lába felőli kezével, ragadja meg a túloldali alsó végtagját oly módon, hogy felülről-kívülről a térde alá nyúl, felhúzza azt, a talpára támasztja és egyazon mozdulattal határozottan önmaga felé gördíti a testét. A beteg ezzel a mozdulattal az oldalára fordul.

A beteg felül elhelyezkedő alsó végtagját hozza olyan helyzetbe, hogy a csípőben és térdben derékszögben való behajlítás stabilizálja a helyzetet. Hajtsa hátra a beteg fejét, biztosítva ezzel a légút szabadon maradását.

A beteg arcánál lévő kezét igazítsa úgy az arc alá, hogy az stabilizálja a fej pozícióját, ugyanakkor az arc kissé lefelé irányuljon, lehetővé téve ezáltal, hogy a szájüregből az ott esetlegesen megjelenő folyékony tartalom (nyál, hányadék) önmagától kifolyhasson. Ellenőrizze ismét, hogy továbbra is normálisan lélegzik-e a beteg? Amennyiben nem tapasztal normális légzést, fordítsa vissza a hátára és kezdje el az újraélesztés lépéseit. Amennyiben továbbra is normális az illető légzése, ebben a pozícióban rövid időre magára hagyhatja, de rendszeres időközönként (ha teheti, percenként) ellenőrizze újra légzését. Amennyiben már 30 percnél hosszabb időt töltött az áldozat ebben a pozícióban, megfontolandó a másik oldalára átfordítani, és ismét létrehozni a stabil oldalfekvő helyzetet, elkerülendő az alul lévő kar tartós összenyomatását.

Nem lehet a beteget stabil oldalfekvésbe helyezni (kizáró okok): borda, illetve szegycsonttörés, vagy annak gyanúja, nyílt hasi sérülés, nyílt mellkasi sérülés, medencetörés, combcsonttörés,



gerincsérülés vagy annak gyanúja – erre kell gondolnunk magasból esés, gázolás, sekély vízbe ugrás esetén.

### **Angina pectoris és Akut Myocardiális Infarctus:**

- **Angina pectoris meghatározása:** Az angina pectoris klinikai tünetegyüttes, melyet a szívizomzat (myocardium) vérellátási elégtelensége vált ki. Háttérben szinte mindig koszorúér szűkület áll. Tünete: Szegycsont (sternum) mögötti (retrosternális), rohamokban jelentkező szorító mellkasi fájdalom jellemzi, mely testmozgásra fokozódik. Teendő: pihenés és nyelv alá helyezett nitroglicerín tabletta hatására oldódik.

- **Akut Myocardiális Infarctus meghatározása:** A szívben található erek - ütőerek, végartériák elzáródása esetén elhalás, infarctus jön létre.

A szívinfarctus többnyire tipikus tünetekkel jelentkezik, tudnunk kell azonban, hogy az idős korra az atípusos megbetegedések a jellemzőek.

**Típusos tünetek:** fájdalom a mellkas közepén, a szegycsont fölött, mely szorító jellegű, nyomást érez a beteg a mellkasában, fájdalom, zsibbadás a bal karban, mely sugározhat a lapockába, nyakba, a betegnek nehézlégzése, fulladásérzése lehet, verítékezés, hányinger, sápadtság.

Ellátása: A beteget azonnal le kell fektetni, vagy félig ülő helyzetbe hozni, ne mozogjon, ne beszéljen. **AZONNALI MENTŐHÍVÁS!** Amennyiben a betegnél leállna a légzés, nincs pulzusa, azonnal meg kell kezdeni az újraélesztést!

**Angina pectoris:** Fájdalom a szegycsont fölött, kisugárzik a vállba, karba, lapocka alá, de kisugározhat az álba, gyomorszájba, hasba is. Maximum 20 percig tart. Fájdalom jellege: szorító, markoló, nyomó. Fájdalom kiváltója: legtöbbször fizikai megterhelés, stressz, de spontán is jelentkezhet. Teendő: pihenés, nyelv alatt alkalmazott Nitromint 0,5 mg stl., Nitromint spray.

**Infarctus miocardii:** Fájdalom a szegycsont fölött, kisugárzik a vállba, karba, lapocka alá, de kisugározhat az álba, gyomorszájba, hasba is. 20 percnél tovább is tarthat. A fájdalmat verítékezés, nehézlégzés is kísérheti. Hirtelen, különösebb ok nélkül jelentkezik, akár nyugalomban is. Pihenésre, nitrát tartalmú gyógyszerre sem szűnik a fájdalom.

### **Görcsrohammal járó állapotok tünetei, elsődleges ellátásuk:**

#### **Görcsös állapotok:**

A **görcsrohamok okai** lehetnek traumás idegrendszeri sérülés, lázas állapot, mérgezés, tetáni, a hormonális megbetegedés, mellékpajzsmirigy alacsony hormon termelése, gyógyszerhatás, alkohol, drogelvonás, anyagcserezavar, epilepszia.

Az izmok rángása a legkülönbözőbb mértékű lehet, a görcsroham érintheti az egész testet, a féloldalt, csak a végtagokat, járhat kifeszüléssel és rángatózással is.

**Görcsroham általános jellemzői:** hirtelen kezdődik, az oxigénhiány jelei is megjelennek, cianózis, eszméletvesztés követi.

**Görcsrohamok ellátása:** a beteget óvjuk a sérüléstől, ne essen el, ne üsse meg magát, ruházatot oldjuk meg, szemüveget vegyük le, ne essünk pánikba a riasztó látvány ellenére, ha tudjuk, próbáljuk oldalra fordítani a fejét a félrenyelés elkerülése céljából, figyeljük a roham lezajlását, hogy jól tudjuk informálni az orvost, a roham után biztosítsuk a szabad légutakat, esetleges sérüléseket nézzük meg, lássuk el, a beteg zavart tudattal térhet magához, erre számítsunk, védjük magunkat! **MENTŐHÍVÁS.** Amennyiben: első alkalommal fordul elő, az ismeretlen eredetű görcsös állapot hátterét ki kell vizsgálni, így minden esetben kórházi ellátás szükséges,



komolyabb sérülés érte a beteget, volt már előzőleg is, de ez elhúzódóbb, több görcsös roham követi egymást.

**Epilepszia:** Igen gyakori megbetegedés, mely görcsös rohamokkal jár. Az epilepszia krónikus központi idegrendszeri betegség. Alkalmi epilepsziás rohamok: Az agyat közvetlenül érő sérülések, károsodások (trauma, agyi műtét, stroke, meningitis, encephalitis) során fellépő epilepsziás rohamok, nem jelentenek önálló és tartós epilepsziás megbetegedést. Alapját az idegsejtek kórosan fokozott ingerlékenysége képezi.

**Fő klinikai jellemzői** az ismétlődő, rövidebb-hosszabb epilepsziás rohamok, amik általában spontán lépnek fel. Az agy bizonyos területeinek elektromos zavara következtében következik be roham. A neuronok ekkor a normális számú impulzus akár hatszorosát is generálhatják, 500 /másodperc.

**Oka:** még máig sem tisztázott teljes mértékben.

Hajlamosító tényezők: családi halmozódás, némi örökletesség, villogó fény, alkohol, drog, elégtelen alvás, minden agyat ért károsító hatás, pl. trauma, fertőzés, agydaganat. Nagy roham tünetei: sikolyszerű felkiáltás előzheti meg, a beteg elesik, teste először kifeszül, tónusos görcs, majd rángásszerű mozgás, klónusos görcs következik, cianózis, hörgő légzés, nyálcsurgás, szájból vér folyhat, elharapta a nyelét, ajkát, vizeletét maga alá engedheti, szeme merev.

**Teendő:** Amennyiben először fordul elő, az előzőleg említett „görcsrohamok ellátása” alatt felsoroltak. Ha a beteg ismert epilepsziában szenved, a beteget óvjuk a sérüléstől, ne essen el, ne üsse meg magát, ruházatát oldjuk meg, szemüveget vegyük le, ha tudjuk, próbáljuk oldalra fordítani a félrenyelés elkerülése céljából, adjuk be neki a roham során, orvos által rendelt gyógyszert: Seduxen injekció im., Rivotril injekció im., Diazepam rectalis oldat. Figyeljük a roham lezajlását, majd részletesen dokumentáljuk, a roham után ha szükséges, biztosítjuk a szabad légutakat, esetleges sérüléseket nézzük meg, lássuk el.

**Status epilepticus:** Életveszélyes kórállapot, az agy tartós működészavara, folyamatosan ismétlődő epilepsziás rohamokban általában tónusos - klónusos rohamok. A rohamok között a tudat és a kontaktuskészség nem áll helyre. Sürgős intenzív ellátást igényel, lehetőleg neurológiai intenzív osztályon, epilepsziában jártas szakember bevonásával. Teendő: orvos által rendelt gyógyszer beadása (sz.e. rectálisan Diazephan), mentőhívás! Az epilepszia gyógyszeres kezelésének célja a rohamok elleni védelem, ezért elengedhetetlen az epilepsziás beteg terápia követése.

#### **Akut agyi érkatasztrófa:**

**Stroke meghatározása:** Stroke alakul ki akkor, amikor valamely agyterület vérellátása olyan mértékben leromlik, ami az ott levő sejtek egy részének pusztulásához vezet. Prognózis: Az erek rugalmas falának köszönhetően a vérnyomás egészséges embernél normál tartományban van. Minél szűkebbek, rugalmatlanabbak az erek, annál magasabb lesz a vérnyomás. A kezeletlen magas vérnyomás sok esetben egy ideig nem okoz komoly panaszt a betegnél. Előfordulhat, hogy már a hypertónia korai szövődményeként, az érrendszer megreped, és különböző súlyosságú agyvérzés jelentkezik. Késői szövődménye lehet a magas vérnyomásnak az érlemezésedés fokozódása, melynek következménye agyi érelzáródás, trombózis. A stroke a halálokok között igen vezető helyen áll hazánkban is. 40-45 éves kor fölött egyre gyakoribb, főleg a férfiak körében.

Stroke: az agy átmeneti vagy végleges vérellátási zavara, az érintett agyterület károsodásával jár, főként az agyi ér elzáródása következik be, trombózis, embólia, kb. 20 %-nál áll fenn vérzés.

**Tünetek:** nagyon sokféle tünet jelentkezik külön-külön, de együtt is, legtöbbször hirtelen alakulnak ki a tünetek, féloldali látászavar, látásvesztés, kettős látás, végtag gyengesége, zsidbadása, bénulása, beszédzavar, nem találja a szavakat, nem adekvát szavakat mond,



érthetetlenül beszél, beszéde elkenet, galuskás, arc fél oldalra húzódása, heves fejfájás, szemhéj, szájszél csüngése, kinyújtott nyelv ferdén áll, szédülés, hányinger, hányás, zavartság, görcsrohamok, eszméletlen állapot.

**Teendő:** A tünetek alapján a kórkép beazonosítása. A beteg nyugalomba helyezése, hanyatt fekve, kissé megemelt fejjel, vagy félig ülőhelyzetet kell biztosítani. Vitális paraméterek ellenőrzése, RR mérés, (ha magas, ne csökkentsük, várjuk meg az orvost ezzel), vércukor érték ellenőrzése. MENTŐHÍVÁS akkor is, amennyiben a panaszok megszűntek. Hányás esetén aspiráció megelőzése. Eszméletlenség esetén stabil oldalfektetés, a beteg ép oldala legyen felül.

### Idegentest félrenyelés (Aspiráció)

**Meghatározás:** Ételnék vagy testidegen anyagnak a légutakba kerülése. Az idegentest vagy a gégebemenetet zárja el, vagy a légcsőbe, hörgőkbe jutva okoz elzáródást. Normál esetben működésbe lép a köhögési reflex, és a légúti akadály távozik, de előfordulhat, hogy beszorul. Ilyen esetben azonnali, határozott beavatkozásra van szükség. A heves tünetek csillapulhatnak, amikor az idegentest beszorul valamelyik főhörgő bemenetébe. Ilyenkor az egyik tüdőfél már tud működni. Ha az idegentest lejjebb jut, az érintett tüdő egy része ismét működőképesé válik. Ám ilyenkor jön az újabb veszély: a heves tünetek elmúltával az idegentest lezárja a tüdőrészt, amely légtelenné válik. Ez a légtelen terület azután befertőződik, és a helyén előbb-utóbb tüdőgyulladás, tüdőtályog alakul ki. Idősek körében a fuldoklás egyik oka a táplálék félrenyelése lehet, míg sajnos ennél gyakrabban fordulhat elő a demens emberek körében idegen anyag, szövetdarab, inkontinencia betét darabja miatti fuldoklás. A beteg életének megmentése az azonnali beazonosításon, a félrenyelés lehetőségének felismerésén múlhat.

Az ilyen fuldoklást nem téveszthetjük össze egyéb olyan betegséggel, pl. szívrohammal, mely szintén hirtelen légzési nehezítettséggel, cianózissal vagy eszméletvesztéssel járhat.

**Enyhe légúti szűkület:** Étkezés során léphet föl, az illető a nyakát foghatja. Beszédképes, erőteljes köhögés, lézgés.

**Súlyos légúti szűkület/elzáródás:** Étkezés során léphet föl, az illető a nyakát foghatja. Beszédképtelen, bólinthat. Erőtlen köhögés/köhögésképtelen Be-kilégzési zajok, **ESZMÉLETLENSÉG!**

Nagyon jelentős változás, az előző évek irányvonalaikhoz képest, hogy enyhe szűkület esetén, amikor a beteg erőteljesen képes a köhögésre, nem avatkozunk be, biztatjuk csupán a köhögésre, és nem hagyjuk magára. Folyamatosan ellenőrizzük őt, amíg: megoldódik a szűkület, vagy súlyosbodik a helyzet (pl. erőtlenné válik a köhögés) és be kell avatkozni.

**Teendők:** Ha a tünetek alapján súlyos légúti szűkület feltételezhető, és a súlyosan fuldokló személy eszméleténél van, alkalmazzon 5 hátba csapást az alábbi technikával: Álljon az illető mellé és kissé mögé. Egyik tenyerével támassza meg a mellkasát és enyhén döntse előre, hogy a kimozduló akadály előreeshessen, legfeljebb ötször üsse tenyérrel erőteljesen hátba a lapockák között. Minden ütés után ellenőrizze, hogy megoldódott-e a szűkület és csak szükség esetén ismétlje meg a csapást. Ha az öt hátba csapás eredménytelen volt, alkalmazzon öt hasi lökést: Álljon a beteg mögé, annak törzsét döntse kissé előre és karolja át hasának felső részét. Szorítsa egyik kezét ökölbe, és helyezze az illető hasára, a köldök és a szegycsont közé. Másik kezével ragadja meg öklét és rántsa erőteljesen be- és felfelé a beteg hasába, egymás után maximum ötször ismétlje a hasi lökéseket. Ha az illető a beavatkozás ellenére eszméletlenné válna, óvatosan fektesse a földre, és azonnal gondoskodjon a mentők riasztásáról.

**Asztmás roham**

**Asthma bronchiale meghatározása:** Rohamokban jelentkező nehézlégzés, mely a kilégzés nehezítettségében nyilvánul meg, és allergia talaján alakul ki. Az asztmás roham oka: a hörgő izomzatának görcse, a hörgők nyálkahártyájának oedémája, a hörgőben termelődő szívós nyák.

**Tünetek:** hirtelen kialakuló kapkodó belégzés után elnyúló, hosszas kilégzés, a mellkas megtelik levegővel, pulzus szapora, cianózis, bőr sápadt, verejtékes, nyugtalanság, halálfélelem.

**Teendő:** Amennyiben első alkalommal fordul elő a betegnél: azonnali MENTŐHÍVÁS, félig ülő, ülő helyzet biztosítása, friss levegő biztosítása, ablak kinyitása, oxigén biztosítása, megnyugtatás. Ha máá a beteg ismert asztmás betegségben szenved és kezelés alatt áll: félig ülő, ülő helyzet biztosítása, orvos által rendelt spray azonnali használata, általában Salbutamol, Bricanyl, ablak kinyitása, szellőztetés, megnyugtatás. A beteget ne hagyjuk magára, amennyiben rövid időn belül ismét fokozódik a nehézlégzés, vagy 3-4x befújás után sem javul a légzés, ORVOS értesítése!

**5. Folyamat dokumentumai:**

- Hatályos szakmai program
- Állapot felmérés / ápolási anamnézis,
- Szakápolási ellátás tervezése és kivitelezése,
- Ápolási lap,
- Otthoni parenterális táplálás felmérő és követő lap.
- Otthoni szakápolást lezáró lap.

**6. Felelős:**

- A helyszínen lévő szakápoló.
- A szakmai vezető/koordinátor, és a szakápoló felelősséggel tartozik a sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői protokollban foglalt feladatok magas szintű elvégzéséért.